

Bewältigung von Therapiefolgen bei Prostatakarzinom

Pflegerische Interventionen zur Unterstützung der Patienten

Bachelorarbeit

von

Markus Hänsler
Bachelor 2007-2010

Erstgutachterin: Bernadette Anderes

Hochschule für Gesundheit Freiburg
Studiengang Bachelor in Pflege

5. Juli 2010

Abstract

HINTERGRUND: Das Prostatakarzinom ist der am häufigsten auftretende Tumor beim Mann. Dessen kurative Behandlung durch Prostatektomie oder durch Radiotherapie ist mit langfristigen Therapiefolgen verbunden, deren Bewältigung für den Patienten und dessen Umfeld mit grossen Herausforderungen verbunden ist. Aber auch Pflegefachpersonen, die diese Patienten unterstützen sollen, sehen sich besonderen Herausforderungen gegenüber. **ZIEL:** Herausarbeiten von Ansatzpunkten pflegerischer Interventionen zur Unterstützung von Patienten mit Prostatakarzinom nach kurativer Behandlung. **METHODE:** Es wurde ein systematisches Literaturreview mit Literaturrecherche auf den Datenbanken PubMed, The Cochrane Library, CINAHL und PsycINFO durchgeführt. 17 Studien, davon fünf systematische Literaturreviews, zwei randomisiert-kontrollierte Studien, sieben sonstige quantitative Studien und drei qualitative Studien konnten in die vorliegende Arbeit einbezogen werden. **ERGEBNISSE UND DISKUSSION:** Die Patienten können bei ihrer Bewältigung unterstützt werden, indem sie beim Management der Therapiefolgen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion, dem Einbezug anderer Betroffener und ihres sozialen Umfelds beraten werden. Mit pflegerischen Interventionen kann sowohl eine direkte Verbesserung der Lebensqualität der Patienten als auch eine Verminderung der Auswirkungen auf die Partnerbeziehung und die Partnerinnen erreicht werden. Wirksame Interventionen fanden sich für psychoedukative Einzel- und Gruppeninterventionen sowie für spezifische auf die Therapiefolgen erektile Dysfunktion und Harninkontinenz abzielende Massnahmen. Auch bei speziell auf Partnerinnen abgestimmten Massnahmen wurden Effekte festgestellt, jedoch in geringerem Umfang als wenn beide Partner angesprochen wurden. Peer-Support stellt einen innovativen Ansatz für Interventionen dar und Assessmentinstrumente können zur Identifikation von Patienten mit voraussichtlich erschwerter Bewältigung verwendet werden. **SCHLUSSFOLGERUNGEN:** Es werden die Konsequenzen der Ergebnisse für die Pflegepraxis dargelegt und entlang des Pflegeprozesses Möglichkeiten zur Umsetzung der Unterstützung von Patienten nach kurativer Prostatabehandlung im Pflegealltag aufgezeigt.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	7
1.1	Problembeschreibung.....	7
1.1.1	Prostatakarzinom: Epidemiologie und Behandlung	7
1.1.2	Herausforderungen für den Patienten und dessen Umfeld	8
1.1.3	Herausforderungen für Pflegende.....	10
1.2	Fragestellung	10
1.3	Ziele und Absichten	10
1.4	Begriffsklärungen.....	11
1.4.1	Pflegerische Intervention	11
1.4.2	Kurative Prostatabehandlung.....	11
1.4.3	Bewältigung	11
1.4.4	Therapiefolgen.....	11
2	Theoretischer Rahmen	12
2.1	Einleitende Überlegungen zum Pflege- und Krankheitsverlaufsmodell	12
2.2	Zentrale Konzepte des Bezugsrahmens	12
2.2.1	Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	12
2.2.2	Stadien	13
2.2.3	Projektion.....	13
2.2.4	Schema.....	13
2.2.5	Auswirkungen auf Biografie und Alltag.....	14
2.3	Umstände, die sich auf das Umsetzen des Schemas auswirken.....	14
2.4	Richtlinien für den Pflegeprozess	14
2.4.1	Assessment.....	14
2.4.2	Beeinflussende Faktoren einschätzen	15
2.4.3	Interventionsschwerpunkt und Ziele definieren	15
2.4.4	Pflegeinterventionen durchführen.....	15
2.4.5	Evaluation der Interventionen.....	15

3	Methode	16
3.1	Vorgehen bei der Studiensuche.....	16
3.2	Umsetzung der Studiensuche	16
3.2.1	Allgemeine Suchbegriffe	16
3.2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	17
3.2.3	Spezieller Suchlauf auf PubMed.....	18
3.3	Beurteilung und Auswahl der Studien	18
4	Ergebnisse.....	21
4.1	Allgemeine Bemerkungen.....	21
4.2	Bewältigung der Therapiefolgen.....	21
4.2.1	Bewältigungsmassnahmen der Patienten.....	21
4.2.2	Bewältigung durch soziale Unterstützung	23
4.2.3	Erschwerte Bewältigung	25
4.3	Ziele von Pflegeinterventionen	25
4.3.1	Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.....	25
4.3.2	Vermindern negativer Auswirkungen auf die Beziehung.....	27
4.3.3	Vermindern negativer Auswirkungen auf die Partnerinnen	28
4.4	Wirksamkeit von Pflegeinterventionen.....	29
4.4.1	Psychoedukative Interventionen	29
4.4.2	Spezifische Interventionen.....	32
4.4.3	Peer-Support, Paartherapien und Assessmentinstrumente.....	35
5	Diskussion	37
5.1	Bewältigung der Therapiefolgen.....	37
5.1.1	Bewältigungsmassnahmen der Patienten.....	37
5.1.2	Bewältigung durch soziale Unterstützung	38
5.1.3	Erschwerte Bewältigung	39
5.2	Ziele von Pflegeinterventionen	39
5.2.1	Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.....	39
5.2.2	Vermindern negativer Auswirkungen auf die Beziehung.....	41
5.2.3	Vermindern negativer Auswirkungen auf die Partnerinnen	42

5.3	Wirksamkeit von Pflegeinterventionen.....	43
5.3.1	Psychoedukative Interventionen	43
5.3.2	Spezifische Interventionen.....	44
5.3.3	Paartherapien , Peer-Support und Assessmentinstrumente.....	45
5.4	Beurteilung der Validität.....	46
5.4.1	Beurteilung der Validität der einbezogenen Studien	46
5.4.2	Beurteilung der Validität des vorliegenden systematischen Literaturreviews	47
6	Schlussfolgerungen	49
6.1	Allgemeine Bemerkungen.....	49
6.2	Beantwortung der Fragestellung und Konsequenzen für die Praxis	49
6.3	Implementierung der Ergebnisse.....	50
6.3.1	Assessment.....	51
6.3.2	Einschätzung beeinflussender Faktoren.....	51
6.3.3	Definition von Interventionsschwerpunkten und Zielen	52
7	Lernprozess	54
7.1	Lernprozess zur Thematik.....	54
7.2	Lernprozess zur Methodik.....	54
8	Literaturverzeichnis	56
Anhang A	Zweiter Suchlauf auf PubMed	60
Anhang B	Klassifizierung vorselektionierter Studien.....	62
Anhang C	Bewertungsraster	63
Anhang D	Bewertungspunkte für Einbezug der Studien	70
Anhang E	Notenverteilung der Bewertungsraster	71
Anhang F	Übersicht der zusammengefassten und bewerteten Studien	72
Anhang G	SOFT - Analyse	73
Anhang H	Zusammenfassungen und Bewertungen der Studien	74
Anhang I	Selbständigkeitserklärung.....	113

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Stadien der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss	13
Tabelle 2: Begriffe für die Suche auf den Datenbanken.....	17
Tabelle 3: Übersicht über einbezogene Studien, Suchbegriffe und Datenbanken.....	20
Tabelle 4: Klassifizierung vorselektionierter Studien nach Design und Interventionsdauer	62
Tabelle 5: Notenverteilung der Bewertungsraster	71
Tabelle 6: SOFT-Analyse nach Fink und Götze (1996)	73

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse nach Behrens et al. (2004).....	63
Abbildung 2: Beurteilung einer Interventionsstudie nach Behrens et al. (2004)	64
Abbildung 3: Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Studien nach LoBiondo-Wood et al. (2005).....	68
Abbildung 4: Beurteilung einer qualitativen Studie nach Behrens et al. (2004).....	69

1 Einleitung

Die vorliegende systematische Literaturübersicht beschäftigt sich mit der Problematik der Bewältigung von Therapiefolgen bei Prostatakarzinom und den Möglichkeiten von Pflegefachpersonen, darauf Einfluss zu nehmen. Nach einer Beschreibung des Problembereiches, die zur konkreten Fragestellung und Zielsetzung führt, werden im zweiten Kapitel die relevanten Aspekte des gewählten theoretischen Rahmens vorgestellt. Darauf folgt im dritten Kapitel die Beschreibung der Methodik und des Vorgehens bei der Studiensuche. In Kapitel vier und fünf werden die gefundenen Ergebnisse strukturiert präsentiert und diskutiert um letztlich im sechsten Kapitel eine Antwort auf die Fragestellung zu präsentieren, Konsequenzen für die Praxis aufzuzeigen und Empfehlungen für die Implementierung abzugeben. Im siebten Kapitel wird der Lernprozess in Bezug auf Thematik und Methodik betrachtet.

1.1 Problembeschreibung

1.1.1 Prostatakarzinom: Epidemiologie und Behandlung

Das Prostatakarzinom ist das häufigste latente Karzinom beim Mann, dem jedoch ein vergleichsweise geringer Anteil klinisch manifester Karzinome gegenübersteht. So sind zwar 40-80% der 80-jährigen Männer Träger eines latenten Prostatakarzinoms, jedoch nur bei 0,8% der 80jährigen Männer ist das Karzinom klinisch manifest. Desweiteren werden zwar bei weitem nicht alle latenten Karzinome später klinisch manifest, aber durch Vorsorgeuntersuchungen und Screenings entdeckt (Betticher, 2008).

Die Diagnosestellung erfolgt anhand dreier Methoden. Dies ist zum einen die Rektalpalpation, anhand derer tastbare Veränderungen der Prostata erkannt werden können. Desweiteren wird der Wert für das Prostataspezifische Antigen (PSA) ermittelt. Dies ist ein Enzym, das durch Prostatakarzinome, aber auch aufgrund anderer Ursachen im Blut vermehrt vorkommen kann. Zur Absicherung der Diagnose Prostatakarzinom wird durch eine Punktion Prostatagewebe entnommen und histologisch untersucht. Diese Untersuchung führt zu dem sogenannten Gleason-Score, der ein Mass für die Differenzierung und Aggressivität der Prostatakarzinome darstellt. Mit dem Gleason-Score,

dem PSA-Wert und der Klassifikation des Tumors T1-T4 kann eine Risikoeinschätzung als Basis für die Auswahl der weiteren Behandlungsoptionen vorgenommen werden (National Collaborating Centre for Cancer, 2008).

Generell besteht bei Prostatakarzinomen, die die Organgrenze noch nicht überschritten und auch noch keine Metastasen gebildet haben, die Möglichkeit zu kurativer Therapie. Ansonsten stehen palliative Optionen zur Verfügung (Margulies, 2006). Beim kurativen Ansatz wird für jene Patienten, die gemäss der zuvor beschriebenen Risikoeinschätzung ein Prostatakarzinom niedrigen Risikos haben, die Option active surveillance¹ und für Patienten mittleren und hohen Risikos eine Behandlung in Form eines operativen Eingriffs oder einer Strahlenbehandlung empfohlen. Dabei ist das Ziel eine vollständige Entfernung aller Tumorzellen (National Collaborating Centre for Cancer, 2008). Die Strahlenbehandlung kann dabei in Form einer externen Bestrahlung erfolgen oder als sogenannte Bradytherapie durchgeführt werden, bei der kleinste Strahlenquellen direkt in das betroffene Gewebe eingelagert werden. Eine Hormontherapie ist schliesslich vor allem eine zusätzliche Behandlungsmöglichkeit zur Strahlentherapie bei lokal schnell fortschreitendem oder in kurzer Zeit stark ansteigendem PSA-Wert.

1.1.2 Herausforderungen für den Patienten und dessen Umfeld

Bis zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Behandlungsart kann sich der Patient vornehmlich in Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten auf die empfohlenen Behandlungsrichtlinien stützen. Die Entscheidung über die Art der Behandlung liegt aber natürlich bei ihm selbst, eine Entscheidung die für seinen weiteren Lebensweg entscheidende Konsequenzen haben kann. Nach einem kurativen Eingriff, sei es in Form einer Operation oder als Strahlentherapie, zeigen sich vier Hauptproblembereiche, die die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten beeinflussen. Dies sind Probleme mit der Harninkontinenz, Darmstörungen, Einschränkungen der sexuellen Funktion und sonstige Auswirkungen auf die Vitalität wie Fatigue oder Gewichtszunahme. Die Strahlentherapie selbst führt oftmals zu Darmstörungen und zu sexuellen Dysfunktionen, während bei der Prostatektomie kaum rektale Probleme auftreten, dafür aber die sexuellen

¹ auch „watchful waiting“ genannt, es wird keine medizinische Behandlung durchgeführt

Einschränkungen bedeutsamer sind (Sanda et al., 2008). Rondorf-Klym und Colling (2003) weisen darauf hin, dass Ergebnisse von Studien, die versuchen Unterschiede der Folgen von Radiotherapie und Prostatektomie herausarbeiten, uneinheitlich sind. Radiotherapie bei Prostatakarzinom und Prostatektomie würden mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede bei den Therapiefolgen aufweisen.

Während die Studie von Sanda et al. (2008) auf einen Beobachtungszeitraum von zwei Jahren beschränkt war, wurde die Beobachtungsstudie von Smith, Carvalhal, Schneider, Krygiel, Yan und Catalona (2000) auf sechs Jahre angelegt und deutete darauf hin, dass langfristig gesehen die sexuellen Probleme die Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Kontinenz überwiegen. Desweiteren hielten diese langfristig an und traten über alle Behandlungsarten hinweg bei über 50% der Patienten auf (Smith et al., 2000). Diese Probleme wirkten sich sowohl auf das Selbstbewusstsein der Männer aus als auch auf die Beziehung mit den Partnerinnen und wurden von den betroffenen Patienten als enorm einschneidend bezeichnet. Die langjährige Krise, ausgelöst durch die Therapie, kann jedoch auch als Chance betrachtet werden, wie es ein Betroffener anschaulich schildert: "In der Hose ist es seit nunmehr drei Jahren still. [...] Dafür ist anderes [...] erst durch meine Behinderung zum Leben erwacht" (Raaflaub, 2007, S. 295). Der Weg zu einer solchen Sichtweise sei jedoch ein langer und schwieriger, der ohne Unterstützung schwer zu begehen sei.

In Bezug auf eine mögliche Unterstützung kommt erschwerend hinzu, dass sich die vorliegende Problematik dadurch auszeichnet, dass sowohl sexuelle Dysfunktion als auch Schwierigkeiten mit der Kontinenz in weiten Teilen der Gesellschaft Tabuthemen darstellen. Diese Tabuisierung kann auf Seiten der Patienten dazu führen, dass der Umgang und das offene Ansprechen der Herausforderungen große Schwierigkeiten mit sich bringen. Gleichzeitig können Einschränkungen der Sexualität und der Kontinenz das Selbstwertgefühl stark negativ beeinflussen, wodurch sich gegenseitig verstärkende psychosoziale Probleme auftreten können. In Bezug auf die Unterstützung in diesen Belangen stellt sich die Frage, was Patienten von professionellen Mitarbeitern des Gesundheitswesens an Unterstützung erwarten und wie diesen Erwartungen am ehesten entsprochen werden kann.

1.1.3 Herausforderungen für Pflegende

Ein Merkmal des Pflegeberufes besteht darin, dass die Mehrzahl der Pflegenden weiblich ist. Bei den Erkrankten handelt es sich jedoch ausschließlich um Männer. Diese Männer stehen dabei Herausforderungen in Bereichen gegenüber, die wie oben beschrieben mit Tabus besetzt sind und bei denen ein aktiver Austausch mit professionell Pflegenden mit Hemmungen verbunden sein könnte. Gegengeschlechtlichkeit kann für beide Seiten eine zusätzliche Barriere darstellen, die den nötigen Austausch beispielsweise beim Ansprechen von sexuellen Problemen erschwert. Aber auch unabhängig vom Geschlecht ist der Umgang mit den Themen Sexualität und Kontinenz nicht trivial. Da diese Themen bei vielen Patienten nach kurativer Prostatabehandlung jedoch im Vordergrund stehen, ist es unumgänglich, auch auf diese Bereiche im Rahmen des Pflegeprozesses einzugehen. Zu berücksichtigen ist das Umfeld der Patienten, dabei speziell die Partnerinnen, da die Folgen der Behandlung nicht nur den Patienten selbst betreffen, sondern auch seine Beziehungen zu seiner Umwelt stark verändern können. Insbesondere wenn er und sein Umfeld die sich stellenden Herausforderungen nicht meistern, sind Probleme in den Beziehungen abzusehen.

1.2 Fragestellung

Die vorangehenden Überlegungen führen zu folgender Fragestellung:

Welche pflegerischen Interventionen können Patienten nach kurativer Prostatabehandlung bei der Bewältigung der Therapiefolgen unterstützen?

1.3 Ziele und Absichten

Bezug nehmend auf die Fragestellung wird mit der Arbeit beabsichtigt, Ansatzpunkte für pflegerische Interventionen zu identifizieren, in denen Pflegende wirksam intervenieren können.

1.4 Begriffsklärungen

Nachfolgend werden die in der Fragestellung auftretenden Begriffe näher erläutert.

1.4.1 Pflegerische Intervention

Unter pflegerischen Interventionen werden in diesem Zusammenhang alle Massnahmen verstanden, die von Pflegefachpersonen durchgeführt werden können, um im Rahmen des Pflegeprozesses eine positive Beeinflussung eines identifizierten Pflegeproblems hinsichtlich eines definierten Pflegeziels zu erreichen.

1.4.2 Kurative Prostatabehandlung

In Anlehnung an das National Collaborating Centre for Cancer (2008) wird von kurativer Prostatabehandlung ("radical treatment") gesprochen, wenn eine vollständige Entfernung des Tumorgewebes entweder operativ durch Prostatektomie oder durch Strahlentherapie angestrebt wird. Bei der Strahlentherapie kann es sich dabei um eine externe Behandlung oder um eine interne Behandlung mit implantierten Strahlenquellen handeln. Die Behandlung kann durch hormontherapeutische Massnahmen ergänzt sein.

1.4.3 Bewältigung

Bewältigung wird im Sinne des von dem Psychologen Richard Lazarus entwickelten transaktionalen Stressmodells verstanden, das sowohl die Ressourcen- als auch die Bewertungsebene berücksichtigt. Somit wird Bewältigung als dynamischer Prozess angesehen, dessen Gelingen und Stressrelevanz von den verfügbaren Ressourcen und der erfolgten Situationsbewertung abhängen (Kaluza, 1996).

1.4.4 Therapiefolgen

Hierunter werden alle biologischen, psychischen und sozialen Folgen verstanden, die sich aufgrund der durchgeführten Therapien ergeben. Per Definition sind die Folgen nicht von vornherein positiv oder negativ belegt. Dies geschieht nachfolgend aufgrund der Bewertung im Rahmen der angesprochenen Bewältigungsprozesse der Patienten.

2 Theoretischer Rahmen

2.1 Einleitende Überlegungen zum Pflege- und Krankheitsverlaufsmodell

Die angesprochenen Therapiefolgen haben langfristigen Charakter und sind sowohl für den Patienten selbst als auch für sein Umfeld relevant. Selbst bei erfolgreicher kurativer Behandlung bleibt die Natur der Erkrankung chronisch und alle beteiligten Akteure werden sich im Verlauf ihre Bewältigung den aktuell gegebenen Bedingungen anpassen müssen. Hedestig, Sandman, Tomic und Widmark (2005b) beschreiben, dass Patienten auch bei kurativer Behandlung nach Prostatakarzinom noch das subjektive Empfinden haben, Krebspatienten zu sein.

Das Pflege- und Krankheitsverlaufsmodell nach Corbin und Strauss (1998) berücksichtigt explizit diese Eigenschaften. Dieses Modell erlaubt es, den Verlauf in Stadien einzuteilen. Dabei wird berücksichtigt, dass es ab Beginn des Beobachtungszeitpunktes neben akuten Phasen der Hospitalisation auch stabile Phasen gibt, bei denen die Symptome unter Kontrolle sind und instabile Phasen ohne Spitalaufenthalt wie auch lebensbedrohliche Krisensituationen auftreten können. Beachtung erfahren dabei die sich auf die Bewältigung auswirkenden Umstände, das Krankheitsmanagement sowie das Umfeld des Patienten.

Dieser theoretischen Rahmen ist aufgrund seines systemischen Ansatzes, der einem modernen und aktuellen Pflegeverständnis entspricht, sowie der Ausrichtung auf chronische Problembereiche relevant für die vorliegende Fragestellung. Er wird insbesondere in Kapitel 5 für die Diskussion der Ergebnisse und in Kapitel 6 für die Strukturierung der Praxisimplementierung herangezogen.

2.2 Zentrale Konzepte des Bezugsrahmens

2.2.1 Pflege- und Krankheitsverlaufskurve

Für den Bezugsrahmen ist die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve das übergeordnete Konzept, das den Pflege- und Krankheitsverlauf abbildet und alle weiteren, nachfolgend dargestellten Konzepte vereinigt. Mit diesem Rahmen ist es möglich, den Verlauf der Erkrankung zu erfassen, darzustellen und zu erklären (Gerwin, 2005). Im Folgenden wird

der Einfachheit halber von Verlaufskurve gesprochen wenn die Pflege- und Krankheitsverlaufskurve und damit die Gesamtheit der Konzepte des Modells von Corbin und Strauss (1998) gemeint sind.

2.2.2 Stadien

Durch Zustandsveränderungen im Verlauf der Erkrankung erreicht die Verlaufskurve verschiedene Stadien, die eine chronische Erkrankung durchlaufen kann. Innerhalb eines Stadiums kann es im Zeitverlauf zu erheblichen Schwankungen kommen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Einteilung der Stadien.

Stadium	Definition
Vor der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	Vor Beginn der Krankheit, Präventivphase
Einsetzen der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve	Auftreten von Anzeichen und Symptomen einer Krankheit, Zeitpunkt der Diagnose
Krise	Lebensbedrohliche Situation
Akut	Akuter Krankheitszustand oder Komplikationen, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig machen
Stabil	Krankheitsverlauf und -symptome werden mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten
Instabil	Krankheitsverlauf und -symptome können nicht länger mit Hilfe von Heilprogrammen unter Kontrolle gehalten werden, Krankenhausaufenthalt ist jedoch nicht notwendig
Verfall	Fortschreitende Verschlechterung der körperlichen und geistigen Verfassung gekennzeichnet durch zunehmende Behinderung und verstärktes Auftreten von Krankheitssymptomen
Sterben	Stunden, Tage und Wochen unmittelbar vor dem Tod

Tabelle 1: Stadien der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve nach Corbin und Strauss (1998)

2.2.3 Projektion

Die Projektion entspricht einer Sichtweise des Krankheitsverlaufs. So können sich die Projektionen von Patienten, Angehörigen, Ärzten und Pflegefachpersonen grundlegend unterscheiden. Jeder der Beteiligten gelangt zu einer individuellen Vorstellung von der Verlaufskurve und darüber, wie sie gestaltet werden sollte.

2.2.4 Schema

Das Schema entspricht dem Behandlungsplan, der nicht nur medizinisch gesehen wird, sondern alle Strategien umfasst, die dreierlei zum Ziel haben. Erstens die Gestaltung des

Krankheitsverlaufs, zweitens die Kontrolle von Symptomen und drittens der Umgang mit Einschränkungen.

2.2.5 Auswirkungen auf Biografie und Alltag

Der Prozess der Krankheitsbewältigung ist bei chronischen Erkrankungen komplex, da sowohl die Biografie als auch der Alltag stark beeinflusst werden. Die Biografie steht für die Identität des Patienten. Der Patient ist gezwungen, diese anzupassen, um mit seiner Erkrankung zurechtzukommen. Ebenso sind die Aktivitäten des täglichen Lebens aufgrund der Einschränkungen zwangsläufig Veränderungen unterworfen.

2.3 Umstände, die sich auf das Umsetzen des Schemas auswirken

Zu den wichtigen Umständen, die sich auf das Umsetzen des Schemas auswirken, zählen die Art, Anzahl und Dauer der Behandlungstechniken und ihre Nebenwirkungen. Wichtig sind aber auch Ressourcen wie soziale Unterstützung, Wissen, Information, Zeit und Geld sowie Zugang zum Gesundheitssystem. Desweiteren spielen die Biografie, Motivation und Überzeugungen des Patienten eine bedeutsame Rolle, ebenso wie die Form der Erkrankung und das Ausmass der Einschränkungen. Das Umsetzen des Schemas kann durch diese in verschiedenen Kombinationen auftretenden und sich gegenseitig beeinflussenden Faktoren begünstigt oder erschwert werden.

2.4 Richtlinien für den Pflegeprozess

Basierend auf den Konzepten des Bezugsrahmens stellen Corbin et al. (1998) die nachfolgend dargelegten Richtlinien für den Pflegeprozess vor.

2.4.1 Assessment

In diesem Schritt sind die Stellung des Patienten und seines Umfeldes bezüglich der Krankheitsbewältigung sowie die Projektionen der Hauptakteure bezüglich der Verlaufskurve zu erfassen. Desweiteren ist seitens der Pflegefachpersonen einzuschätzen, inwieweit das bisherige Schema geeignet ist, um eine zufriedenstellende Bewältigung zu gewährleisten und wie sich die Stellung des Patienten in Bezug auf Krankheit, Biografie und Alltag darstellt.

2.4.2 Beeinflussende Faktoren einschätzen

Nun sind die Ressourcen und Hemmnisse für den Bewältigungsprozess zu erfassen. Interessant sind insbesondere Vorerfahrungen, Einstellung und Überzeugungen des Patienten sowie die Interaktion von Patient und Umfeld.

2.4.3 Interventionsschwerpunkt und Ziele definieren

Zusammen mit dem Patienten und seinem Umfeld sind Ziele festzusetzen, die dem jeweiligen Stadium der Verlaufskurve angepasst sind. Es wird festgelegt, mit welchen Massnahmen die Ziele erreicht werden sollen. Dabei ist zu beachten, welche Informationen der Patient besitzt und ob diese richtig sind und ob eventuell Wertvorstellungen und persönliche Überzeugungen zu Missverständnissen geführt haben, die noch zu klären sind.

2.4.4 Pflegeinterventionen durchführen

Das Erreichen der festgelegten Ziele wird durch direkte Versorgung des Patienten, Information oder Beratung angestrebt. Zum Einsatz kommen insbesondere die zuvor festgelegten Massnahmen. Wichtig ist auch die Berücksichtigung eventuell auftretender Veränderungen seitens des Patienten, die gegebenenfalls eine Anpassung der Interventionen nötig machen.

2.4.5 Evaluation der Interventionen

Die Interventionsschwerpunkte können bei chronischen Erkrankungen sehr langfristig angelegt und mit Veränderungen der Lebensweise verbunden sein. Daher ist auch der Zeithorizont für die Zielerreichung sehr weit anzusetzen und es sind auch kleine Schritte als Erfolg zu werten.

3 Methode

In diesem Kapitel werden das Vorgehen und die Umsetzung der durchgeführten Literaturrecherche zur Beantwortung der Fragestellung beschrieben. Im Folgenden werden die hierzu vorgenommenen Schritte detailliert dargestellt.

3.1 Vorgehen bei der Studiensuche

Zur Studiensuche wurden die Datenbanken PubMed, The Cochrane Library, CINAHL und PsycINFO herangezogen. Auf der PubMed-Datenbank wurden dabei zwei Suchläufe durchgeführt. Die nachfolgend beschriebene zweischichtige Suche wurde konstruiert, um für die Beantwortung der Fragestellung und zur Zielerreichung geeignete und möglichst reproduzierbare Suchergebnisse zu erzielen. Auf Suchstrategien wie die Schneeballsuche und die Suche nach sogenannten „related articles“ wurde verzichtet. Dies hauptsächlich aus dem Grund, weil bei diesen Suchstrategien die Reproduzierbarkeit nur eingeschränkt gegeben ist, da sich bei den „related articles“ die Anzeige der Suchergebnisse zu einer bestimmten Studie im Zeitverlauf ändern kann. Die Umsetzung der von Dezember 2009 bis Ende April 2010 durchgeführten Studiensuche wird im nachfolgenden Kapitel beschrieben.

3.2 Umsetzung der Studiensuche

3.2.1 Allgemeine Suchbegriffe

Auf allen Suchmaschinen wurden die nachfolgenden Begriffe verwendet, die mit den Aspekten der Fragestellung korrespondieren. Die Anführungszeichen wurden exakt so verwendet, wie in der Spalte „Suchbegriff“ angegeben. Dieser Hinweis ist bedeutsam, da sich ansonsten andere Suchergebnisse ergeben.

Thema	Suchbegriff
Pflegerische Intervention	(nursing AND intervention)
	“nursing intervention”
	“nurse-led”
Bewältigung	„coping“
Kurative Prostatabehandlung	(prostatectomy OR (radiotherapy AND (prostate OR prostatic)))

Tabelle 2: Begriffe für die Suche auf den Datenbanken

3.2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Studien vorselektioniert, die aufgrund des Abstracts der Beantwortung der Fragestellung dienlich erscheinen und und folgenden Einschlusskriterien genügen:

- Abstract verfügbar
- Sprachen Englisch, Französisch oder Deutsch
- Hauptpopulation Patienten mit Prostatakarzinom

Es wurden Studien aller Evidenzniveaus eingeschlossen, abgesehen von offensichtlich reinen Expertenmeinungen und Übersichtsartikeln sowie von Arbeiten, die weder im Abstract noch im eventuell frei zugänglichen Volltext Informationen über das methodische Vorgehen enthielten. Das Vorhandensein ein oder mehrerer folgender Ausschlusskriterien führte neben offensichtlicher Irrelevanz für die Beantwortung der Fragestellung zur Nichtberücksichtigung von Studien mit folgenden Charakteristika:

- Es wurden erst zukünftig durchzuführende Studien beschrieben
- Es wurden Optimierungen medizinischer Methoden untersucht, wie etwa der Operationsorganisation
- Es wurden vorwiegend medizinische oder pharmazeutische Behandlungsoptionen untersucht

- Es wurden Patienten einbezogen, die sich keiner Prostatektomie oder Radiotherapie unterzogen haben, etwa bei Studien zur Behandlungsoption „active surveillance“
- Es wurde nur der Zeitraum vor der Prostatektomie oder Radiotherapie betrachtet

3.2.3 Spezieller Suchlauf auf PubMed

Neben der direkten Abfrage der PubMed-Datenbank mit Suchbegriffen in verschiedenen Kombinationen wurde ein zweiter Suchlauf mit MeSH-Terms² durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass eine direkte Übersetzung der zentralen Suchbegriffe in MeSH-Terms Resultate lieferte, die zwar zweckdienlich waren, aber als nicht ausreichend eingeschätzt wurden. Aus diesem Grund hat sich der Autor zu einem zusätzlichen Schritt entschieden, der letztlich zu brauchbaren und reproduzierbaren Suchergebnissen führte. Der Ablauf dieser zusätzlichen Suche ist in Anhang A beschrieben.

Die Durchsicht der Abstracts und falls zweckdienlich verfügbarer Volltexte der 126 Suchergebnisse dieses Suchlaufs ergab weitere 7 Studien, die bei der ersten PubMed-Suche noch nicht entdeckt wurden und vorselektioniert werden konnten.

3.3 Beurteilung und Auswahl der Studien

Zur Beantwortung der Fragestellung eignen sich zum einen Interventionsstudien und systematische Übersichtsarbeiten für die Überprüfung konkreter Interventionen. Längs- und Querschnittstudien können weitere wertvolle Informationen über Zusammenhänge von biopsychosozialen Variablen und Veränderungen im Zeitablauf liefern, um weitere Ansatzpunkte für Interventionen zu identifizieren. Auch qualitative Studien wurden berücksichtigt, da diese oftmals einen längeren Zeithorizont haben als quantitative Studien und mit ihnen zusätzliche Hinweise zum Erleben und der gelebten Bewältigung der Patienten erhalten werden können.

Gesamthaft ergaben sich durch dieses Vorgehen 35 Studien, die für die Auswahl in Frage kamen und von denen die Volltexte zur Analyse besorgt wurden. Dabei wurden zuerst die Reviews auf beinhaltende Studien untersucht und die entsprechenden, unten aufgeführten Studien aus der Auswahl herausgenommen, um Doppelberücksichtigungen zu vermeiden:

² Schlagworte der PubMed-Datenbank

- Tärnhuvud, M. (2007) ist ein Review und enthält Booker, J. (2004), Faithfull, S. (2001), Gregoire, I. (1997), Johnson, J. (1988), Johnson, J. (1996) und Kim, Y. (2002)
- Resendes, L. (2006) ist ein Review und enthält Giarelli, E. (2003) und Maliski, S. (2001)
- Fritzsche, K. (2008) ist ein Review und enthält Canada, A. (2005), Mishel, M. (2002), Weber, B. (2004) und Weber, B. (2007)
- Hunter, K. F. (2007) ist ein Review und enthält Mathewson-Chapman, M. (1997)

Die verbleibenden 22 Studien wurden einer genaueren Analyse unterzogen. Eine Studie wurde ausgeschlossen, da sie eine sehr spezifische Intervention untersuchte, die keinen substantiellen Beitrag zur Beantwortung der Fragestellung leisten kann und eine weitere, deren Thematik schon ausführlich im Cochrane-Review von Hunter (2007) behandelt wurde. Um einen Überblick über die Charakteristika der Studien zu erhalten wurde die in Anhang B beschriebene Klassifizierung vorgenommen. Damit konnten drei weitere Studien ausgeschlossen werden, da diese lediglich literaturgestützte Expertenmeinungen wiedergeben.

Die verbliebenen 17 Studien verteilen sich auf fünf systematische Reviews, zwei randomisiert-kontrollierte Studien (RCT), sieben sonstige quantitative Studien und drei qualitative Studien. Diese Studien wurden anhand der in Anhang C aufgeführten Bewertungsraster und der in Anhang D beschriebenen Punkteschemata bezüglich Glaubwürdigkeit, Aussagekraft, Anwendbarkeit und ethischer Prinzipien bewertet und bei Erreichen von mindestens 65% der Gesamtpunktzahl endgültig in die vorliegende Untersuchung einbezogen. Die Einzelheiten zu den Bewertungen sind in Anhang H direkt im Anschluss an die jeweiligen Zusammenfassungen der einzelnen Studien aufgeführt. Schliesslich konnten aufgrund der Bewertungen alle 17 Studien in die vorliegende Arbeit einbezogen werden. Die folgende Tabelle zeigt, auf welchen Datenbanken und mit welchen Suchbegriffen diese Studien gefunden wurden:

Studie	Datenbanken und Suchbegriffe				
	PubMed		Cochrane	CINAHL	PsycINFO
	erster Suchlauf	zweiter Suchlauf			
	NI / NL / CO	Suchbegriffe s. Anhang A	NI / NL / CO	NI / NL / CO	NI / NL / CO
Fritzsche, K. et al. (2008)	- / - / x				
Hedestig, O. et al. (2005a)		x		- / - / x	
Hedestig, O. et al. (2005b)	- / - / x	x		- / - / x	
Hunter, K. F. et al. (2007)	x / - / -		x		
Lev, E. L. et al. (2009)	x / - / x				
Matthew, A. et al. (2005)	- / - / x	x			
McCorkle, R. et al. (2007)	x / - / -	x	x / - / -		
Palmer, M. H. et al. (2003)	- / - / x	x		- / - / x	
Parker, P. et al. (2009)		x			
Petry, H. et al. (2004)		x			
Ptacek et al. (2002)				- / - / x	
Resendes, L. et al. (2006)	x / - / -				
Robinson, L. et al. (1999)	x / - / -	x			
Rondorf-Klym, L.M. et al. (2003)	x / - / -			x / - / -	
Scholz, U. et al. (2008)		x			
Tärnhuvud, M. et al. (2007)	- / x / -		x / - / -	- / x / -	x / x / -
Wooten, A. C. et al. (2007)	- / - / x			- / - / x	- / - / x

Tabelle 3: Übersicht über einbezogene Studien, Suchbegriffe und Datenbanken

Legende

- NI (nursing AND intervention) AND (prostatectomy OR (radiotherapy AND (prostate OR prostatic)))
- NL "nurse-led" AND (prostatectomy OR (radiotherapy AND (prostate OR prostatic)))
- CO "coping" AND (prostatectomy OR (radiotherapy AND (prostate OR prostatic)))

Eine Übersicht über Thema, Ziel, Population, Design, Land und Bewertung der 17 einbezogenen Studien findet sich in Anhang F.

4 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Erkenntnisse, die aus den in die Literaturübersicht einbezogenen Studien gewonnenen werden konnten, strukturiert dargestellt.

4.1 Allgemeine Bemerkungen

Zur Beantwortung der Fragestellung lassen sich die Ergebnisse in drei Kategorien einteilen, die einen Bogen spannen von der Bewältigung der Therapiefolgen über die Ziele von Interventionen bis zur Wirksamkeit untersuchter Interventionen und somit das Feld der Fragestellung thematisch abdecken. Zunächst werden die von den Patienten angewendeten Strategien der Bewältigung und die Bedeutung der sozialen Unterstützung für die Bewältigung betrachtet. Ein Unterkapitel wird der erschwerten Bewältigung der Therapiefolgen für bestimmte Patientengruppen gewidmet. Dies wird als bedeutsam erachtet, da diese Patienten von Unterstützungsmassnahmen besonders profitieren könnten und gegebenenfalls prioritär angesprochen werden könnten. Mit den konkreten Zielen, die durch Interventionen zur Unterstützung bei der Bewältigung der Therapiefolgen verfolgt werden können, befasst sich ausführlich das darauf folgende Kapitel. Schliesslich beschäftigt sich ein Kapitel mit den gefundenen Ergebnissen zur Wirksamkeit überprüfter Interventionen.

4.2 Bewältigung der Therapiefolgen

4.2.1 Bewältigungsmassnahmen der Patienten

Drei Bereiche zeigten sich in den einbezogenen Studien bei der Bewältigung durch die Patienten: der Austausch mit anderen Betroffenen, der Einbezug von nahestehenden Personen und Berufsfachpersonen und die Kontrolle der Behandlungsfolgen, insbesondere Harninkontinenz und erektile Dysfunktion. Die 10 Patienten nach Radiotherapie in der qualitativen Studie von Hedestig, Sandman, Tomic und Widmark (2005a) waren gewillt, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und haben dies auch getan. In einer weiteren qualitativen Studie von Hedestig et al. (2005b) mit 10 Patienten nach Prostatektomie wurde auch ein Bedürfnis nach Kommunikation mit anderen Betroffenen ausgedrückt, um die eigene Situation mit der anderer vergleichen zu können. Fritzsche, Diederich und Schultze-

Seemann (2008) führten ein systematisches Literaturreview durch, das unter anderem die Auswirkungen von Diagnose und Behandlung auf die Lebensqualität betrachtete. Sie stellten fest, dass die meisten Männer versuchten, die emotionalen Belastungen ohne Hilfe zu bewältigen. Hedestig et al. (2005a) konnten darüber hinaus bei den Patienten die selbstgewählte Strategie ausmachen, dass sie nicht mit Familie und Freunden über die Krankheit und die Behandlung einerseits und auch nicht über die Prognose und die Zukunft andererseits sprechen wollten und Sorgen und Ängste für sich behielten. Vielmehr wurden neue Aktivitäten gesucht, um mit der Situation zurechtzukommen, wie in der Natur sein, Musik hören und machen, etwas arbeiten, ein neues Hobby beginnen und Kontakte knüpfen (Hedestig et al., 2005b).

Zum Management der Harninkontinenz beschrieben Palmer, Fogarty, Somerfield und Powel (2003) in ihrer Studie mit qualitativen und quantitativen Anteilen zu Bewältigungsstrategien bei Harninkontinenz anhand einer Auswertung von Fragebögen von 114 Patienten vier Kategorien, mit denen sich Patienten nach Prostatektomie bis zu fünf Jahre nach dem Eingriff beschäftigten: Harninkontinenz vermeiden, Harninkontinenz vermindern, Harnverlust antizipieren und mit komplettem Kontrollverlust zurecht kommen. Um Harninkontinenz zu vermeiden, wurde vor allem Wachsamkeit und häufiges Blasenleeren angewendet. Zur Stärkung der Kontinenz wurde Beckenbodentraining durchgeführt, was aber nur teilweise als wirksam angesehen wurde. Beim Antizipieren von Harnverlust wurde darauf geachtet, immer genügend Einlagen und Kleidung zum Wechseln griffbereit zu haben. Am meisten Energie wurde darauf verwendet, mit einem vollständigen Verlust von Kontrolle zurechtzukommen. Hierfür wurde eine Vielzahl von Hilfsmitteln herangezogen, darunter Cunningham Clamps³, Bein- und Bettbeutel sowie sogenannte urine drip pockets⁴. Der Weg zum Finden der individuell geeigneten Hilfsmittel wurde als lang und beschwerlich dargestellt. Petry et al. (2004) beschrieben in ihrer qualitativen Studie mit 10 Patienten und deren Partnerinnen zum Erleben während der ersten drei Monate nach Prostatektomie, dass nach ambulanter Entfernung des Katethers bei Patienten mit Prostatakarzinom diese mit der Inkontinenzsituation nach dem try-and-error Prinzip

³ Hilfsmittel zur externen Peniskompression

⁴ Wattierte Einlagen zum Auffangen von Urinverlust

vorgingen, da sie nicht systematisch hierauf vorbereitet wurden. Einige Männer machten Beckenbodentraining, da es ihnen empfohlen wurde. Die Patienten erhielten bei Entlassung aus dem Spital Einlagen von den Pflegefachpersonen, die jedoch nicht angepasst und meist zu gross waren, so dass die Patienten wiederum nach dem try-and-error Prinzip selbständig nach Alternativen suchen mussten. Die Männer antizipierten ihren voraussichtlichen Urinverlust und passten ihre Strategien dementsprechend an, indem sie etwa ausreichend Einlagen zum Wechseln bei sich hatten. Die Patienten in der Studie von Hedestig et al. (2005b) versuchten, Kontrolle über die Harninkontinenz zu bekommen, indem sie weniger tranken, häufiger zur Toilette gingen, ihre Kleidung anpassten und Aktivitäten vermieden, die den Urinverlust förderten.

Zum Management der erektilen Dysfunktion beschrieben Hedestig et al. (2005b), dass die Patienten ein Gefühl der Kontrolle in einer neuen Lebenssituation anstrebten. Erektionshilfen wurden ausprobiert aber oft als nicht sehr hilfreich empfunden. Matthew et al. (2005) stellten in ihrem Review über die Benutzung von Hilfsmitteln bei erektiler Dysfunktion von Patienten nach Prostatektomie fest, dass trotz nachgewiesener Wirksamkeit der Hilfsmittel sich durchgängig in vielen Studien zeigte, dass etwa die Hälfte der Patienten mittel- und langfristig deren Benutzung einstellte. Die Studien identifizierten die Gründe hierfür im Bedürfnis nach Spontanität, in Beziehungskonflikten, Kontraindikationen, Nebenwirkungen inklusive Schmerzen, zu hohen Erwartungen, geringerem sexuellen Interesse, geringer emotioneller Bereitschaft wieder sexuell aktiv zu sein und unterschiedlichen Bedeutungen der Partner für die Anwendung von Hilfsmitteln. Die Autoren konstatierten auch, dass Patienten und ihre Partner durchaus ein Bedürfnis nach professioneller Unterstützung bei erektiler Dysfunktion im Bereich von 74% bis 93% hatten, dies jedoch von vielen als sehr peinlich empfunden wurde, so dass effektiv nur etwa 59% diese Hilfe suchten. Jene die dies taten, wandten sich meist an ihren Onkologen oder Urologen. Nur 38% empfanden dies aber retrospektiv als hilfreich.

4.2.2 Bewältigung durch soziale Unterstützung

In den einbezogenen Studien wurden die Art und Bedeutung der erbrachten Unterstützung sowie die Folgen schwacher Unterstützung thematisiert. So stellten Hedestig et al. (2005b) fest, dass die Patienten eine enorme Unterstützung durch die Familie erfuhren. Die

Partnerinnen der Patienten aus der qualitativen Studie von Petry et al. (2004) übernahmen in den ersten drei Monaten nach der Operation Aufgaben bei der Katheter- und Wundpflege, womit die Männer offensichtlich überfordert waren. Danach unterstützten sie das Management der Inkontinenz, indem sie etwa nach geeigneten Einlagen suchten. Sie waren eine wichtige emotionale Stütze, indem sie ihre Partner etwa ermutigten, geduldig zu sein und generell ein Auge auf sie warfen, damit sie sich nicht überlasteten. Desweiteren kontrollierten sie die sozialen Kontakte und kanalisiert etwa Besuche und Anrufe. Im systematischen Literaturreview von Resendes und McCorkle (2006) zu psychosozialen Reaktionen von Lebensgefährtinnen von Männern nach Prostatektomie zeigte sich, dass die Partnerinnen in der postoperativen Periode oft die primären Pflegepersonen waren, da ein Grossteil der Pflege im häuslichen Setting stattfand. Konkrete Tätigkeiten waren Katheterpflege, Hausarbeit und Transport aber auch emotionale Unterstützung, indem sie beruhigten und Bestätigung zukommen liessen. Die Bedeutung der sozialen Unterstützung untersuchten und belegten Rondorf-Klym et al. (2003) in ihrer Querschnittstudie mit Patienten nach Prostatektomie, die zum Ziel hatte, ein Modell der Zusammenhänge von Therapiefolgen, psychischen Variablen und der Lebensqualität zu überprüfen. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass mit hoher Signifikanz die soziale Unterstützung mit der Lebensqualität korreliert, was sogar die meiste Varianz des Modells beschrieb. Dass neben der spezifischen Unterstützung die Qualität der Paarbeziehung und das Kommunikationsverhalten für die Krankheitsbewältigung entscheidend sind, stellten Fritzsche et al. (2008) fest. In einer Längsschnittstudie untersuchten Scholz, Knoll, Roigas und Gralla (2008) die Auswirkungen von Unterstützung durch die Partnerinnen auf die Lebensqualität der Patienten. Für die Autoren war die Feststellung bedeutsam, dass Patienten mit schlechter physischer oder mentaler Lebensqualität direkt nach der Prostatektomie den stärksten Nutzen von sozialer Unterstützung durch ihre Partnerinnen hatten. Eine Querschnittstudie, die Zusammenhänge zwischen Bewältigung, sozialer Unterstützung und Anpassung bei 57 Patienten maximal drei Jahre nach Radiotherapie untersuchte (Ptacek, Pierce & Ptacek, 2002) konnte Folgen von schwacher Unterstützung identifizieren. So kamen die Autoren zu dem Ergebnis, dass nur in der Gruppe jener, die die soziale Unterstützung als schwach erlebten, die Strategie des Wunschdenkens mit hoher Beziehungszufriedenheit korrelierte. Desweiteren stellten sie fest, dass verschiedenste

Bewältigungsstrategien parallel angewendet wurden, wenn die soziale Unterstützung als schwach empfundenen wurde, während bei als stark empfundener Unterstützung fast ausschliesslich die Strategien „Unterstützung suchen“ und „Problemfokussierung“ zum tragen kamen.

4.2.3 Erschwerte Bewältigung

Bei der Bearbeitung der Ergebnisse der einzelnen Studien zeigte sich, dass bei Patienten mit bestimmten Eigenschaften die Bewältigung der Therapiefolgen besonders erschwert ist. Als von den Therapiefolgen besonders betroffene Gruppe identifizierten Matthew et al. (2005) und Fritzsche et al. (2008) Patienten nach Prostatektomie mit nicht nerverhaltender Operationstechnik. Ausser den Nebenwirkungen der Behandlung erkannten Fritzsche et al. (2008) auch fehlende familiäre oder sonstige Unterstützung, negative zwischenmenschliche Interaktionen sowie depressive Erkrankungen in der Vorgeschichte als Prädiktoren für hohe emotionale Belastungen. Desweiteren kamen Scholz et al. (2008) zu dem Schluss, dass Patienten mit geringer mentaler gesundheitsbezogener Lebensqualität zwei Wochen nach der Behandlung signifikant stärker von sozialer Unterstützung profitierten als Patienten mit anfänglich durchschnittlicher mentaler Lebensqualität. Bezüglich der physischen Komponente der Lebensqualität konnten keine Unterschiede festgestellt werden. Eine weitere Untergruppe, deren Bewältigung erschwert war, stellten Patienten mit geringer Schulbildung dar. Bei einer Informationsintervention waren es eben diese Patienten, die besonders stark davon profitierten (Fritzsche et al., 2008).

4.3 Ziele von Pflegeinterventionen

4.3.1 Verbesserung der Lebensqualität der Patienten

Ansatzpunkte für die Verbesserung der Lebensqualität der Patienten können durch Betrachtung von Zusammenhängen psychischer Variablen mit beeinflussenden Faktoren identifiziert werden. Hiermit beschäftigten sich die Quer- und Längsschnittstudien von Lev et al. (2009), Rondorf-Klym et al. (2003) und Scholz et al. (2008). Die Lebensqualität korreliert demzufolge nach Prostatektomie signifikant mit der Bewertung der Harnausscheidungsfunktion und der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung sowie mit dem Selbstwertgefühl, der Unterdrückung von Ärger, sozialer Unterstützung und

Depression (Rondorf-Klym et al., 2003). Bei Patienten nach Prostatektomie konnten Scholz et al. (2008) eine Korrelation der erhaltenen Unterstützung mit der physischen Lebensqualität nach sechs Monaten feststellen. Patienten mit schon anfänglich sehr hoher Lebensqualität hatten jedoch bei erhaltener Unterstützung sogar schlechtere Werte für mentale Lebensqualität nach 6 Monaten. Bei Patienten sowohl nach Radiotherapie als auch nach Prostatektomie fanden Lev et al. (2009) signifikante Korrelationen der Lebensqualität nach sechs Monaten mit den Werten für Urin- und Darmausscheidung, sexuellen Symptomen, Depression und Selbstwirksamkeit. Nach zwölf Monaten korrelierte die Lebensqualität mit den Werten für Urinausscheidung, Stress, Depression, problemfokussiertem Coping und physiologischer Selbstwirksamkeit. Ethnie und Lebensstandard waren weitere Prädiktoren für Lebensqualität, so waren die Werte für Lebensqualität bei Männern, die in Partnerschaft lebten und kaukasischer Herkunft waren, signifikant höher.

Neben Lev et al. (2009) fanden auch Wootten, Burney, Foroudi, Frydenberg, Coleman und Ng (2007) Hinweise auf Zusammenhänge zwischen Bewältigungsart und Lebensqualität. In ihrer Querschnittstudie an 167 Patienten mindestens zwei Jahre nach kurativer Prostatektomie oder Radiotherapie über Zusammenhänge zwischen psychischen Variablen kamen sie zu dem Ergebnis, dass sich besonders jene Patienten durch die veränderte sexuelle Funktion gestört fühlen, deren Bewältigung emotionsfokussiert war. Sie zeigten auch auf, dass nur dann keine Stimmungsveränderungen auftraten, wenn gute Beziehungsqualität nicht mit emotionsfokussiertem Coping einherging, das ausserdem mit der Bewertung der Therapiefolgen korrelierte.

Explizit in Bezug auf Harninkontinenz fanden Palmer et al. (2003) Effekte in sich gegenseitig beeinflussenden sozialen, emotionalen und physischen Kategorien, wobei die sozialen Auswirkungen am stärksten beeinträchtigten. Praktische Probleme beinhalteten das rasche Auffinden von Toiletten, Kleidung zum Wechseln verfügbar zu haben und das Finden von angemessenen Einlagen. Emotionale Belastungen kamen etwa beim Einnässen des Bettes besonders zum tragen und wurden von den Teilnehmern als besonders schwerwiegend beschrieben. Die Patienten wünschten sich genauere Informationen, Informationen über Bewältigungsstrategien und Informationen über den

Behandlungsprozess. Der Verlust der Erektionsfähigkeit veränderte radikal das Sexualleben der Teilnehmer der Studie von Hedestig et al. (2005b) und führte dazu, dass diese sich nicht länger als ganzen Mann sahen und ihr Selbstbewusstsein und ihre Lebensqualität beeinträchtigt wurde. Eine spezielle Einschränkung der Lebensqualität während der Radiotherapie fanden Hedestig et al. (2005a), da die Patienten äusserten, dass ein Gefühl der Entblössung vor allem im Kontakt mit weiblichen Pflegefachpersonen gegeben war, wenn während der Behandlungszeit von sieben Wochen täglich die Genitalregion gegenüber Ärztinnen und meist weiblichen Pflegefachpersonen entblösst werden musste.

4.3.2 Vermindern negativer Auswirkungen auf die Beziehung

Bezüglich der Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerbeziehung sind weit gefächerte Effekte feststellbar. So berichten Resendes et al. (2006) in ihrem systematischen Literaturreview zu psychosozialen Reaktionen der Lebensgefährtinnen von Männern nach Prostatektomie, dass die Auswirkungen negative Beeinflussung, keine Beeinflussung, eine Verbesserung durch ein stärkeres Zusammenrücken und sogar eine Steigerung des gegenseitigen Respekts umfassten. Matthew et al. (2005) kommen in ihrem systematischen Literaturreview zum Thema erektile Dysfunktion zu dem Schluss, dass sich für erektile Dysfunktion unter allen negativen Auswirkungen auch langfristig die stärkste Beeinträchtigung für die Patienten zeigte und dass die verschlechterte sexuelle Leistungsfähigkeit auch zu verunmöglichter emotioneller Intimität führte und somit auch soziale Beziehungen betraf. In der Erhebungsstudie von Robinson, Hughes, Adler, Strumpf, Grobe und McCorkle (1999) zur Klassifizierung spitalexterner Pflegeinterventionen bei Patienten nach Prostatektomie war bei den zuhause von Pflegefachpersonen durchgeführten Interventionen bis zu vier Wochen nach Entlassung aus dem Spital die erektile Dysfunktion jedoch kaum ein Thema. Die Teilnehmer der qualitativen Studie von Petry et al. (2004) empfanden es bis drei Monate nach der Operation noch als zu früh, sich schon Sorgen wegen erektiler Dysfunktion zu machen. Die Hoffnung überwog, dass sich die erektile Dysfunktion im Laufe der folgenden Monate normalisieren könnte. Gleichzeitig wurde versucht, die Bedeutung der Sexualität zu minimieren und es wurde die Hoffnung ausgedrückt, dass die Beziehung unter eventuell bleibender Impotenz nicht leiden würde. Resendes et al. (2006) stellen ausserdem fest, dass die Partnerinnen bezüglich erektiler

Dysfunktion zwar Bedauern und Verlust äusserten, aber tendenziell weniger beunruhigt waren als ihre Partner. Petry et al. (2004) bemerkten aber auch, dass die meisten Frauen in zuvor sexuell aktiven Partnerschaften in der möglichen Impotenz der Männer zumindest anfänglich ein Problem sahen. In der Abwägung zwischen Gesundheit und Sexualität war es ihnen aber wichtiger, ihren Mann gesund zu haben und argumentierten, dass Sexualität eine geringere Bedeutung habe. Die Mehrheit war zwar der Überzeugung, dass dies ihrer Beziehung nicht schaden könne, es wurden diesbezüglich aber auch Unsicherheiten geäussert.

In ihrer Querschnittstudie zu Anpassungs- und Bewältigungsprozessen mit Patienten nach Radiotherapie stellten Ptacek et al. (2002) fest, dass sich jene, die mit ihrer Beziehung zufrieden waren, gut unterstützt fühlten und selbst aktiv nach Unterstützung suchten. Unzufriedenheit mit der Beziehung korrelierte hingegen damit, sich schlecht unterstützt zu fühlen und nicht aktiv nach Unterstützung zu suchen. Resendes et al. (2006) stellten schliesslich fest, dass die Einstellung und Unterstützung der Partnerinnen einen signifikanten Einfluss auf die Akzeptanz des veränderten Sexuallebens durch die Patienten hatte.

4.3.3 Vermindern negativer Auswirkungen auf die Partnerinnen

Gemäss Fritzsche et al. (2008) gaben Partnerinnen stärkere psychosoziale Belastungen an als die Patienten, wobei Angst vor der Zukunft und der Therapie, depressive Symptome, mangelhafte Information und Kommunikationsmangel mit dem Partner im Vordergrund standen. Dass es für die Partnerinnen belastend war, nicht nur mit den eigenen Ängsten umgehen zu müssen, sondern auch mit denen des Partners und der Familie, berichteten die Teilnehmer der qualitativen Studie von Petry et al. (2004), wobei die Familie, Freunde und Nachbarn aber gleichzeitig auch eine emotionelle und praktische Ressource waren. Desweiteren zeigte sich, dass die sozialen Aktivitäten der Partnerinnen wegen der Therapiefolgen ihrer Partner beeinträchtigt waren (Resendes et al., 2006). Dieselben Autoren kamen auch zu dem Ergebnis, dass die Partnerinnen die Tendenz hatten, ihre eigene Sexualität zumindest vordergründig hinten anzustellen, bis zu 38% der Partnerinnen aber mit ihrem Sexualleben unzufrieden waren, was sich in Frustration und Enttäuschung äusserte. Dabei waren die Frauen weniger auf mechanische Hilfsmittel zur Lösung der

Probleme fokussiert als vielmehr auf Beratungs- und Schulungsangebote. Bei den Partnerinnen korrelierte die erektile Dysfunktion mit emotionalem Stress und der Lebensqualität. Sie gaben jedoch an, dass die Sorge, den Mann wegen des Krebses zu verlieren, grösser sei als die Sorge wegen sexueller Probleme.

Resendes et al. (2006) beschreiben auch, dass die Partnerinnen in der postoperativen Periode oft nicht wussten, was sie erwartete, sie jedoch die Rolle einer Pflegenden vermuteten und sich dementsprechend gestresst fühlten. Die Partnerinnen fühlten sich jedoch schlecht auf ihre neue Rolle vorbereitet. Ausserdem war eine Tendenz festzustellen, dass sie für den Partner stark sein wollten. Ihnen war auch nicht wohl dabei, das Gesundheitspersonal bezüglich sensibler Themen wie erektiler Dysfunktion und Harninkontinenz aktiv um Rat zu fragen. Es zeigte sich, dass zwar der Informationsbedarf der Patienten, nicht aber jener der Partnerinnen gedeckt war. Es wurden drei Bedürfnisse bei Partnerinnen identifiziert, die zu ihrer Vorbereitung auf ihre künftige Rolle angegangen werden sollten: die physische Pflege ihres Mannes, das Vorbereiten auf emotionale Reaktionen und das Entwickeln von Problemlösungsfähigkeiten. Vertiefte Information der pflegenden Partnerinnen würde dabei helfen, ihren Stress zu reduzieren und mit der Erkrankung ihres Partners zurechtzukommen.

4.4 Wirksamkeit von Pflegeinterventionen

4.4.1 Psychoedukative Interventionen

In diese Gruppe fallen alle Interventionen, die die Psychoedukation der Patienten selbst zum Ziel haben. Diese wurden in Form von Einzel- oder Gruppeninterventionen mit anderen Betroffenen zusammen durchgeführt. Auf Partnerinnen oder Paare ausgerichtete psychoedukative Interventionen werden in den nachfolgenden Kapiteln betrachtet.

Eine von Fritzsche et al. (2008) vorgestellte telefonische psychoedukative Intervention, die einmal wöchentlich über acht Wochen hinweg bei Patienten nach Prostatektomie und Radiotherapie zum Erleben der Patienten, zur Ressourcenaktivierung und Symptomkontrolle, sowie zu Problemlösungs- und Kommunikationsstrategien mit Zugabe von Informationsmaterial durchgeführt wurde, zeigte Verbesserungen bei der Bewältigung von Verunsicherung, Sexualstörungen und Harninkontinenz. Patienten mit niedriger

Schulbildung profitierten dabei besonders. Durchgeführt wurde die Intervention von Pflegekräften wenige Wochen nach Beginn der Radiotherapie oder Prostatektomie. Von denselben Autoren wurde eine Pilotstudie zu psychoedukativen Telefoninterventionen über 12 Monate angeführt. Diese hatte eine sehr geringe Teilnehmerzahl und zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität, die erektile Dysfunktion und die Partnerbeziehung. Jedoch äusserten sich die Teilnehmer in strukturierten Interviews sehr positiv über die Beratung und Unterstützung. In einem systematischen Literaturreview untersuchten Tärnhuvud, Wändel und Willman (2007) Interventionsmöglichkeiten von Pflegefachpersonen nach Radiotherapie. 35 von 36 Patienten einer Pilotstudie zeigten dabei eine hohe Zufriedenheit mit einer telefonischen Nachsorge sechs Wochen nach Behandlungsende durch eine Pflegefachperson. Über die Art der Behandlung wurde nichts Genauereres ausgesagt. Die Hauptvorteile wurden in der Zeitersparnis gesehen und darin, dass unnötige Fahrten zum Spital vermieden wurden. Eine kontrollierte klinische Studie, der sie hohe Qualität attestierten, überprüfte eine psychoedukative Intervention, bei der einmal pro Woche während acht Wochen der Patient bzw. Patient und Partnerin anhand semi-strukturierter Interviews Informationen erhielten, die darauf abzielten, ihre Unsicherheit zu reduzieren und das Management der Therapiefolgen zu verbessern. Sowohl in der Gruppe, in der nur der Patient die Informationen erhielt, als auch in der Gruppe in der Patient und Partnerin angesprochen wurden, verbesserten sich signifikant das kognitive Umdenken und die Fähigkeit zum Problemlösen. Drei randomisiert-kontrollierte Studien, denen jeweils mittlere Qualität attestiert wurde, überprüften die Effekte von Informationsinterventionen per Audiotapes während Radiotherapie. Die Inhalte waren unter anderem die Planung der Behandlung, was es bedeutet die Behandlung zu bekommen, die Therapiefolgen und Methoden um deren Auswirkungen zu begrenzen. Es zeigte sich, dass konkrete objektive Information sowohl pessimistischen als auch optimistischen Patienten dabei half, mit Therapiefolgen zurechtzukommen und die Auswirkungen auf den Alltag zu minimieren. Verminderte Stimmungsveränderungen und Störungen des Alltags sowie signifikant weniger Probleme mit Schlaf und Fatigue waren weitere Effekte der Interventionen. Bezüglich der Stimmungsveränderungen profitierten ältere Patienten stärker als jüngere. Desweiteren zeigte sich eine hochsignifikante Verminderung der Störung des Alltagsmanagements in

einer kontrollierten klinischen Studie hoher Qualität zur Untersuchung der Effekte mündlicher Informationsvermittlung während und nach der Radiotherapie.

Fritzsche et al. (2008) interessierten sich nebst den Effekten von Einzelinterventionen auch für die Wirkungen von kognitiv-behavioralen Gruppentherapien. Dabei zeigte sich eine signifikante Zunahme der Lebensqualität durch ein wöchentlich je zweistündiges Stressmanagementprogramm über zehn Wochen. Dabei waren je 90 Minuten interaktiver Vortrag und 30 Minuten Relaxationstraining mit Interventionsbeginn maximal zwölf Monate nach Therapiebeginn. Eine Informationsintervention in Gruppen zu Prostatakarzinom und dessen Behandlung mit der Möglichkeit, Angehörige einzubeziehen, führte zu erhöhtem Wissen, verminderten sexuellen Problemen und verlängerter Berufstätigkeit. Die Studie zeigte, dass auch niederschwellige psychoedukative Interventionen wirksam sein können. Durchgeführt wurde die Intervention von Ärzten, der Interventionsbeginn war durchschnittlich zwei Monate nach Diagnosestellung. Schliesslich wurden für ein sechsmonatiges gruppentherapeutisches Programm, das von Psychologen zur Verbesserung der Lebensqualität und des emotionalen Wohlbefindens durchgeführt wurde, keine signifikanten Effekte gefunden.

Parker et al. (2009) untersuchten in einer randomisiert-kontrollierten Studie die kurz- und langfristigen Effekte einer Stressmanagement-Intervention vor dem operativen Eingriff bei Prostataktomie. Zwei Interventionssitzungen erfolgten etwa ein bis zwei Wochen vor dem chirurgischen Eingriff. Die Intervention belief sich auf zwei 60- bis 90-minütige individuelle Sitzungen mit einem Psychologen unter Abgabe eines Leitfadens für Stressmanagement. Die Sitzungen fokussierten auf Entspannungsübungen und bildlicher Antizipation. Die Männer konnten auch ausgiebig untereinander ihre Sorgen und Ängste über den Krebs und die Operation austauschen und erlernten problemfokussierte Bewältigungsstrategien, wie etwa das aktive Suchen von sozialer Unterstützung, das Entwickeln realistischer Erwartungen über die Rehabilitation und das Anpassen der Aktivitäten. Zwei kurze Wiederholungssitzungen wurden am Tag der Operation und direkt danach abgehalten. Die Erhebung von Stimmungsveränderungen und der Lebensqualität wurden mehrfach bis zu zwölf Monate nach der Operation durchgeführt. Die Intervention führte zu statistisch signifikanten Kurzzeiteffekten in Bezug auf Stimmungsveränderungen.

Statistisch signifikante positive Langzeiteffekte zeigten sich in Bezug auf den Aspekt der Lebensqualität, der die physischen Komponenten abbildet. Bezüglich der mentalen Komponente konnte jedoch kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Es gab auch keine signifikanten Unterschiede für prostataspezifische Lebensqualität, etwa bei der Ausscheidungs- oder Sexualfunktion. Allerdings konnten unabhängig von der Intervention signifikante Veränderungen im Zeitverlauf festgestellt werden. Die meisten Werte prostataspezifischer Lebensqualität verschlechterten sich bei allen bis zu 6 Monate nach der Prostatektomie um sich nach zwölf Monaten wieder zu erholen, allerdings auf signifikant niedrigerem Niveau im Vergleich zu den Werten vor der Operation.

4.4.2 Spezifische Interventionen

Neben den psychoedukativen Interventionen, die einen grossen Teil der untersuchten Interventionen ausmachten, wurden auch spezifische Interventionen bei Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion sowie spezifisch auf Partnerinnen ausgerichtete Interventionen und spezielle pflegegeleitete Patientenbegleitungen untersucht.

Das systematische Cochrane-Review von Hunter, Moore und Glazener (2007) berücksichtigte ausschliesslich qualitativ hochwertige Studien zu konservativem Management von Harninkontinenz nach Prostatektomie. So konnte für Beckenbodentraining in sieben berücksichtigten Studien kein Effekt nachgewiesen werden. Teilweise war aufgrund kleiner Stichproben keine Signifikanz festzustellen. Für Interventionen, die elektrische oder magnetische Energie einsetzen wie etwa bei der analen elektrischen Stimulation konnte ebenfalls keine Wirkung nachgewiesen werden. Dasselbe gilt für Kombinationen von Behandlungsarten. Für die Prävention von Harninkontinenz im Gegensatz zu deren Behandlung zeigte nur eine Studie signifikanten Nutzen von Beckenbodentraining mit Biofeedback, drei andere Studien brachten allerdings widersprüchliche Ergebnisse. Positive Resultate konnten jedoch hinsichtlich der Eindämmung von Inkontinenz durch Hilfsmittel zur externen Peniskompression gefunden werden. Von drei untersuchten Modellen wurde jenes, das den stärksten Effekt zeigte, auch am besten von den Probanden beurteilt. Jedoch zeigte sich bei diesem Modell auch die grösste Reduktion des Blutflusses, wodurch die Möglichkeit von Gefahren für die Sicherheit bei zu enger Anwendung bedacht werden muss.

Matthew et al. (2005) teilten in ihrem systematischen Literaturreview Hilfsmittel bei erektiler Dysfunktion in fünf Kategorien ein: orale Medikamente, Schwellkörperinjektionen, Harnröhrensuppositorien, Vakuumpumpen und Penisprothesen. Die invasivsten Hilfsmittel waren dabei auch die effizientesten, bevorzugt wurden von den Patienten aber die weniger invasiven. Im Vordergrund bei der medikamentösen Therapie stand Sildenafil (Viagra[®]), das sich vor allem nach nerverhaltender Prostatektomie als sehr wirksam erwies, aber nach nur einseitigen oder nicht nerverhaltenden Operationen gänzlich unwirksam war. Die Wirksamkeit war ausserdem erhöht bei jüngeren Patienten, bei höheren Dosen und wenn die Prostatektomie mindestens ein Jahr zurücklag. Bei Schwellkörperinjektionen lag die Ansprechrate mit etwa 85% höher als bei Sildenafil, allerdings klagten die Patienten über Schmerzen und Unbehagen. Insbesondere bei Therapie innerhalb der ersten drei Monate nach Prostatektomie zeigten sich positive Wirkungen, aber auch vermehrt schmerzhafte Erektionen, was bei den Studien zu hohen Abbruchraten führte. Harnröhrensuppositorien wiesen einen Wirkungsgrad von etwa 57% auf. Bei Patienten, die eine Kontraindikation für Sildenafil hatten und keine Injektionen wünschten war dies die bevorzugte Therapieoption. Vakuumpumpen führten bei etwa 80% der Patienten nach Prostatektomie zum Erfolg. Bei freier Wahl der Therapieoption entschieden sich jedoch fast neun von zehn Patienten für andere Optionen. Selbst Schwellkörperinjektionen wurden bevorzugt. Penisimplantate wurden als letzte Möglichkeit aber auch als effektivste Methode angesehen. Die Empfehlung lautete, dass bei erfolglosem Einsatz anderer Methoden zwei Jahre nach Prostatektomie ein Penisimplantat in Betracht gezogen werden sollte.

Die von Resendes et al. (2006) beschriebenen Interventionen zur Stressreduktion sind zwar auch psychoedukativer Natur, werden aber der Kategorie der spezifischen Interventionen zugeordnet, da sie ausschliesslich auf Partnerinnen ausgerichtet sind. Es handelt sich dabei um Informations- und Unterstützungsangebote. Das Übermitteln von Informationen wird durchgängig als sehr wertvoll für pflegende Partnerinnen beschrieben, aber ebenso durchgängig als schwierig zu erhalten, insbesondere von Ärzten und Pflegefachpersonen. Bei einer Intervention zeigte sich ein Nutzen aufgrund verbesserter Bewältigungsfähigkeiten der Partnerinnen. Eine weitere empfohlene Intervention bestand

im Vermitteln von Problemlösungsfähigkeiten. Auch Fritzsche et al. (2008) berichten von einer spezifisch auf Partnerinnen ausgerichteten Intervention, die sechs von Spezialisten der Fachbereiche durchgeführte psychoedukative Gruppensitzungen umfasste. Es zeigten sich nur geringe Effekte beim Coping, der partnerschaftlichen Kommunikation und der persönlichen Wertschätzung und die Effekte waren geringer als bei vergleichbaren Paarinterventionen.

McCorkle, Siefert, Dowd, Robinson und Pickett (2007) untersuchten in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Effekte eines standardisierten Pflegeinterventionsprotokolls, bei dem Patienten nach Prostatektomie und deren Partnerinnen in der Interventionsgruppe zusätzlich zur Standardpflege 16 Kontakte mit einer erfahrenen Pflegefachperson während 8 Wochen direkt nach Entlassung aus dem Spital erhielten. Das Protokoll fokussierte auf drei Themen postoperativer Rehabilitation: Symptommanagement während der Erholung von der Operation, Wiederherstellung der Urinkontinenz und Förderung der partnerschaftlichen Kommunikation und psychosexuellen Funktion. Es leitete die Pflegefachkräfte bei den Themen physikalisches und psychisches Funktionieren, Schmerz, Harninkontinenz und partnerschaftliche Kommunikation und half ihnen, das Gespräch über psychosexuelle Themen zu initiieren. Als Ergebnisvariablen wurden depressive Symptome, Sexualfunktion und partnerschaftliche Interaktion herangezogen. Bei den Patienten zeigten sich keine Interventionseffekte in den die Ergebnisdimensionen, bei den Partnerinnen waren die Effekte teilweise sogar negativ. Aber nur die Paare in der Interventionsgruppe berichteten von einem differenzierten Verständnis dessen, was passierte, als sie realisierten, dass sich ihre Befürchtungen nicht bestätigten. Tärnhuvud et al. (2007) beschreiben in ihrem Review eine randomisiert-kontrollierte Studie mittlerer Qualität zur Überprüfung der Effekte einer Begleitung durch eine Pflegefachperson, die zu Therapiebeginn Informationen zur Behandlung, den Therapiefolgen und den Umgang damit abgab und danach mit dem Patienten in Kontakt blieb. Dies führte ab der zweiten Behandlungswoche jedoch zu keinen Unterschieden in Bezug auf Lebensqualität und Symptome. Zum Ende der zwölfwöchigen Behandlungszeit wurde nur eine höhere Zufriedenheit mit der geleisteten Pflege festgestellt.

4.4.3 Peer-Support, Paartherapien und Assessmentinstrumente

Fritzsche et al. (2008) stellten bei einer Intervention, die aus wöchentlichen Treffen von speziell geschulten Langzeitüberlebenden, sogenannten Support-Partnern, mit aktuellen Patienten nach Prostatektomie über einen Zeitraum von acht Wochen bestand, eine signifikante Abnahme der Depression, Zunahme der Selbstwirksamkeit und geringere Beeinträchtigung durch erektile Dysfunktion fest. Der Beginn war maximal sechs Wochen nach dem operativen Eingriff.

Desweiteren identifizierten Fritzsche et al. (2008) eine Reihe von Interventionen, die die Patienten und deren Partnerinnen gemeinsam als Zielgruppe ansprach. Bei einer psychoedukativen Telefonintervention für Paare zur Informationsvermittlung über die Erkrankung und zu Nebenwirkungen sowie Bewältigungsstrategien zeigten sich mittlere Effektstärken. Durchgeführt wurde die Intervention von Psychologen zwischen einem Monat bis vier Jahre nach Therapiebeginn. Ein Programm mit zwei persönlichen und vier telefonischen Sitzungen zu Inkontinenz, erektiler Dysfunktion, Qualität der Partnerbeziehung, Depression und Ängsten führte zu signifikanter Verbesserung der sexuellen Funktion. Keine signifikanten Änderungen waren jedoch bei der Lebensqualität, der depressiven Symptomatik und der Qualität der Partnerbeziehung festzustellen. Durchgeführt wurde die Intervention durch Pflegekräfte. Bei einer Kurzzeitintervention mit vier Beratungsgesprächen mit und ohne Anwesenheit des Partners zeigten sich bei Partnerinnen und Patienten kurzfristige Verbesserungen der sexuellen Zufriedenheit und bei den Männern eine kurzfristige Abnahme der Stressbelastung sowie eine bessere Inanspruchnahme von therapeutischen Massnahmen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. Verbesserungen der Lebensqualität wurden bei dieser von Pflegekräften drei Monate bis fünf Jahre nach Therapiebeginn durchgeführten Intervention nicht festgestellt. Eine unterstützende und edukative Intervention zuhause und am Telefon über vier Monate über Kommunikation, Zielerreichung, Stressbewältigung, Copingstrategien und Symptomkontrolle zeigte geringe Effekte bei den Patienten in Bezug auf Unsicherheit und partnerschaftliche Kommunikation. Bei den Partnerinnen konnte eine bessere Lebensqualität, mehr Selbstwirksamkeit und bessere partnerschaftliche Kommunikation festgestellt werden. Insgesamt zeigte sich weniger Belastung durch die Pflege, weniger

Unsicherheit und Hoffnungslosigkeit sowie verminderte körperliche Symptome. Die Effekte dauerten über 12 Monate hinweg an, durchgeführt wurde die Massnahme von Pflegefachpersonen.

Schliesslich erwähnten Fritzsche et al. (2008) drei Screeninginstrumente: die Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS) für allgemeine emotionale Belastungen, das Distress-Thermometer des NCCN⁵ und ein prostataspezifischer Angst-Fragebogen (MAX-PC).

⁵ National Comprehensive Cancer Network

5 Diskussion

Die im vorausgehenden Kapitel angeführten Ergebnisse werden nachfolgend anhand der schon zuvor verwendeten Kapitelstruktur diskutiert. Zur Einbettung und logischen Verknüpfung der Resultate wird die Verbindung mit dem verwendeten theoretischen Rahmen der Verlaufskurve hergestellt.

5.1 Bewältigung der Therapiefolgen

5.1.1 Bewältigungsmassnahmen der Patienten

Die Ergebnisse zu den Bewältigungsmassnahmen zeigen, dass die Patienten in den Bereichen Einbezug von anderen Patienten, nahestehenden Personen und Mitarbeitenden des Gesundheitswesens aktiv sind und versuchen, Kontrolle über die Symptome zu erhalten und mit den Einschränkungen umzugehen. Dies entspricht der von Corbin et al. (1998) beschriebenen Umsetzung des Schemas der Verlaufskurve. Die Patienten sind in vielfältiger Weise aktiv, um die Auswirkungen ihrer Einschränkungen vor allem durch Harninkontinenz und erektile Dysfunktion zu mindern und Kontrolle wiederzuerlangen. Auffällig ist der in mehreren Studien (Fritzsche et al., 2008; Hedestig et al., 2005a; Hedestig et al., 2005b) dargelegte Wunsch und Versuch der Patienten, sich zwar einerseits mit anderen Betroffenen auszutauschen, aber das eigene soziale Umfeld nicht oder nur zu einem gewissen Grad in die eigenen Sorgen und Ängste einzubeziehen. Dieses Spannungsfeld beeinflusst das Umsetzen des Schemas, da die soziale Unterstützung im Modell der der Verlaufskurve als wichtige Ressource angesehen wird. Um einen Patienten in seiner Bewältigung unterstützen zu können ist es daher unerlässlich, das individuelle soziale Umfeld jedes Patienten und vor allem die Bedeutung der Personen in diesem Umfeld für den Patienten zu erfassen. Für die professionelle Unterstützung der Patienten in ihren Bewältigungsanstrengungen wurden Hindernisse identifiziert. Seitens der Patienten wirkten sich Schamgefühle negativ aus (Matthew et al., 2005) und seitens des Gesundheitspersonals fehlte es an Systematik (Petry et al., 2004). Insbesondere die Informationsvermittlung wurde als lückenhaft erlebt, entweder weil sie nicht abgegeben wurde oder weil die Konsequenzen der Behandlung auf den Alltag der Patienten nicht

wirklich verstanden wurde (Petry et al., 2004). Zur Verbesserung einer von Patienten als wenig hilfreich erlebten Unterstützung schlugen Matthew et al. (2005) einen multidisziplinären biopsychosozialen Ansatz vor, der Patienten-, Partner- und Paarthemen umfassend angeht und die Paare dazu ermutigt, etwa bei Versagen eines Hilfsmittels für erektile Dysfunktion noch weitere zu versuchen. Hierzu wurde jedoch noch weiterer Forschungsbedarf identifiziert.

5.1.2 Bewältigung durch soziale Unterstützung

Die Unterstützung, die Patienten von ihren Partnerinnen und von ihrem gesamten sozialen Netz erfahren ist ein wichtiger Umstand, der sich auf die Umsetzung des Schemas im Modell von Corbin et al. (1998) auswirkt. Die einbezogenen Studien zeigen eindrücklich sowohl die Vielfalt der praktischen, organisatorischen und emotionellen Unterstützung auf, die Patienten nach Prostatabehandlung durch ihre Partnerinnen erfahren (Hedestig et al., 2005b; Petry et al., 2004; Resendes et al., 2006) als auch die Bedeutung dieser Unterstützung (Rondorf-Klym et al., 2003; Fritzsche et al., 2008; Scholz et al., 2008). Die Rollenänderung, die insbesondere die Partnerinnen im sozialen Netz vornehmen, ist unmittelbar bedeutsam für den Bewältigungsprozess der Patienten. Petry et al. (2004) sind der Meinung, dass sich die Männer erst durch diesen Beitrag darauf konzentrieren konnten, die Beeinträchtigungen im Alltag zu bewältigen. Zu Patienten, die nur schwache Unterstützung erfuhren, fanden sich in den Studien nur wenige Ergebnisse. Das Resultat von Ptacek et al. (2002), dass bei Patienten mit schwacher Unterstützung auch Wunschdenken zu positiven Resultaten führen kann, sei zwar auch für die Autoren überraschend gewesen, aber mit anderen Untersuchungen im Einklang und könne darauf hindeuten, dass das Wunschdenken bei jenen Männern, die wenig soziale Unterstützung erfahren, durchaus eine Erfolg versprechende Strategie sein kann, da sie ohne soziales Netz umgesetzt werden kann. Die Projektion dieser Patienten im Sinne der Sichtweise auf den Krankheitsverlauf ist von Standpunkt einer objektiven Betrachtung her gesehen überzogen positiv. Dies kann Pflegefachpersonen vor ethische Probleme stellen, wenn sich ihre Projektion von jener des Patienten deutlich unterscheidet, dies für ihn aber letztlich positiv sein könnte. Auf jeden Fall zeigt sich, dass für angepasstes Einwirken auf den Bewältigungsprozess das Wissen um das Ausmass der sozialen Unterstützung von

Patienten nach Behandlung eines Prostatakarzinoms unerlässlich ist. Diese Ansicht teilen auch Ptacek et al. (2002), die basierend auf den Resultaten ihrer Studie vorschlagen, etwa die Familie während des Behandlungsprozesses einzubeziehen oder dem Patienten Selbsthilfegruppen zu empfehlen, die einen Austausch von Mann zu Mann ermöglichen.

5.1.3 Erschwerte Bewältigung

Die Identifikation von Patienten, bei denen die Bewältigung mit hoher Wahrscheinlichkeit problematisch verlaufen wird, könnte dazu verwendet werden, als besonders vulnerabel anzusehende Patientengruppen prioritär anzusprechen. Es handelt sich also um Patienten, bei denen sich die Umstände vermutlich deutlich negativ auf die Umsetzung des Schemas auswirken werden. Damit könnten Interventionen effizient und zielgerichtet eingesetzt und auch bei eventuell begrenzten Ressourcen durchgeführt werden. Es könnte etwa hilfreich sein, Patienten prioritär mit pflegerischen Interventionen anzugehen, bei denen eine nicht nerverhaltende Operationstechnik bei Prostatektomie angewendet wurde, da diese verstärkt unter den negativen Therapiefolgen leiden. Patienten mit einem schwachen sozialen Netz oder mit depressiven Vorerkrankungen in der Vorgeschichte sind verstärkt emotionalen Belastungen ausgesetzt. Desweiteren kann die Erhebung der mentalen Komponente der gesundheitsbezogenen Lebensqualität direkt nach Behandlung Aufschluss über Patienten geben, die besonders die Unterstützung ihres sozialen Umfeldes benötigen. Zu diesem Schluss kommen auch Scholz et al. (2008), die darüber hinaus feststellen, dass dies in Einklang steht mit anderen Studien bei Patienten mit anderen Krebsarten.

5.2 Ziele von Pflegeinterventionen

5.2.1 Verbesserung der Lebensqualität der Patienten

Betrachtet man die Stadien der Verlaufskurve nach Corbin et al. (1998), so kann das Ziel von pflegerischen Interventionen darin bestehen, die Patienten beim Übergang von einem akuten Stadium mit medizinischer Behandlung in ein stabiles Stadium zu unterstützen und möglichst einem weiteren Übergang in instabile Stadien vorzubeugen. Die Ergebnisse der einbezogenen Studien geben einige Hinweise auf Ansatzpunkte für Interventionen, anhand derer dieses Ziel erreicht werden kann. Die Bewertung der Urin-, und bei Patienten nach Radiotherapie auch der Darmausscheidungsfunktion, sowie der sexuellen Funktion werden

durchgängig als korreliert mit der Lebensqualität angesehen. Wenngleich eine Korrelation noch keine Ursache-Wirkungsbeziehung bedeutet, so erscheint es doch wahrscheinlich, dass eine Unterstützung beim Umgang mit den Therapiefolgen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion einen direkten Einfluss auf die Lebensqualität hat. Der von Rondorf-Klym et al. (2003) und Scholz et al. (2008) gefundene Zusammenhang von sozialer Unterstützung mit der Lebensqualität weist auf die Bedeutung einer angepassten Unterstützung hin, was in Einklang ist mit den Aussagen von Corbin et al. (1998) zur Bedeutung sozialer Unterstützung für die Umsetzung des Schemas. Das Ergebnis von Scholz et al. (2008), dass bei anfänglich sehr hoher Lebensqualität eine erhaltene Unterstützung sogar zu schlechterer Lebensqualität führen kann, ist vordergründig überraschend, wird von den Autoren aber damit erklärt, dass die Unterstützung bei Männern mit zu Beginn überdurchschnittlich positiven Werten für Lebensqualität dazu führen könnte, dass sich diese Männer durch ihre Partnerinnen überbeschützt fühlen, eine These die durch ähnlich gelagerte Studien gestützt sei. Für Pflegefachpersonen bedeutet dies, dass sie Partnerinnen zwar ermutigen sollten, ihren Partner aktiv zu unterstützen, dabei aber den tatsächlichen Unterstützungsbedarf des Patienten beachten müssen. Auffällig ist auch die Korrelation zwischen niedriger Lebensqualität und emotionsfokussiertem Coping. Auch hier gilt wieder, dass es sich nicht um nachgewiesene Ursache-Wirkungsbeziehungen handelt, der signifikante Zusammenhang es aber zumindest rechtfertigt, psychoedukative Interventionen zum Aneignen problemfokussierter Strategien genauer zu betrachten. Wootten et al. (2007) führen aus, dass Patienten bei erektiler Dysfunktion eventuell auf emotionsfokussierte Strategien zurückgreifen, wenn sie schlecht über Möglichkeiten informiert sind, das Problem der erektilen Dysfunktion praktisch zu handhaben. Bezüglich erektiler Dysfunktion hätten Patienten eventuell Hemmungen, aktiv Informationen oder Unterstützung nachzufragen, was zu mangelhaftem Wissen über verfügbare Strategien führe. Dies begründe zusammen mit dem Ergebnis, dass eine hohe Beziehungsqualität nur dann nicht zu Stimmungsveränderungen führt, wenn die Patienten keine emotionsfokussierte Bewältigungsstrategie haben, den Einsatz psychosozialer Interventionen. Lev et al. (2009) und Rondorf-Klym et al. (2003) empfehlen ausserdem die frühzeitige Information der Patienten über mögliche Entwicklungen der Lebensqualität und eine gezielte Vorbereitung auf die Bewältigung der zu erwartenden negativen Effekte. Die

Bedeutung gleichgeschlechtlicher Pflege im Verlauf der Radiotherapie, wie sie von Patienten bei Hedestig et al. (2005a) zum Ausdruck gebracht wird, kann die Pflegefachpersonen natürlich vor besondere organisatorische Herausforderungen stellen, da es sich beim Pflegepersonal um zumeist weibliche Personen handelt. Sollte gegengeschlechtliche Pflege unumgänglich sein, so können weibliche Pflegende aber dennoch dem Patienten gegenüber darauf eingehen und ihm zeigen, dass sie sich dieser Problematik bewusst sind.

Desweiteren stellen Lev et al. (2009) fest, dass Ethnie und Lebensstandard Prädiktoren für Lebensqualität sind. Dies wirft die Frage auf, welchen Einfluss kulturelle Aspekte auf die Lebensqualität haben. Weitergehende Untersuchungen hierzu hätten auch das Potential, weitere Gruppen mit eventuell erschwerter Bewältigung zu erkennen. Die Autoren identifizieren selbst Forschungsbedarf zur Ermittlung des Einflusses der Bildung und des sozioökonomischen Status auf die Lebensqualität. Auffällig ist auch, dass in den einbezogenen Studien kaum nach Altersgruppen unterschieden wurde. Auch hinsichtlich der Auswirkungen auf die Arbeitswelt wurden keine Aussagen gemacht. Ursache hierfür ist sicherlich das tendenziell hohe Alter der Patienten, jedoch wäre es vorstellbar, dass die noch aktiv im Arbeitsleben stehenden Patienten spezifische Bedürfnisse haben. Schliesslich betonen Hedestig et al. (2005b), dass die Bedeutung einer Gesundheitseinrichtung, die einfach zugängliche und individualisierte Informationen und Unterstützung anbietet, nicht überbewertet werden kann.

5.2.2 Vermindern negativer Auswirkungen auf die Beziehung

Eine stabile Beziehung ist für die langfristige Bewältigung der Therapiefolgen von besonderer Bedeutung, wie sich in dem Ergebnis von Ptacek et al. (2002) zum Zusammenhang von Zufriedenheit und der Partnerbeziehung, aktivem Suchen nach Unterstützung und sich unterstützt fühlen zeigte. Eine funktionierende Beziehung erhöht somit die Chance, dass Patienten in einem einmal erreichten stabilen Stadium der Verlaufskurve verbleiben und nicht in eine instabile Phase übergehen. Robinson et al. (1999) und Petry et al. (2004) berichten übereinstimmend, dass in den ersten Monaten nach der Behandlung das Thema erektile Dysfunktion noch nicht im Vordergrund stand und die Hoffnung überwog, dass es die Beziehung nicht negativ beeinflussen wird. Für Robinson et

al. (1999) könnte der Grund dafür, dass erektile Dysfunktion kurz nach Behandlungsende noch kaum ein Thema war, damit zusammenhängen, dass in den ersten Wochen die Probleme der Harninkontinenz so stark überwiegen, dass die erektile Dysfunktion noch wenig Bedeutung hat und somit könnte das Timing von Sexualberatung von hoher Bedeutung sein. Petry et al. (2004) merken an, dass erektile Dysfunktion eine Quelle zukünftigen Stresses sein kann, was auch von anderen Autoren bestätigt würde. Pflegefachpersonen stehen in der Zeit während der Behandlung und in den ersten Monaten danach somit vor der Herausforderung, einen Effekt zu minimieren, der erst in der Zukunft eintreffen könnte ohne aktuell unnötige Belastungen hervorzurufen. Gerade in dieser Zeitspanne sind die Möglichkeiten zur pflegerischen Intervention recht gut, da der Kontakt mit den Patienten etwa während der mehrwöchigen Radiotherapie oder bei der Rückkehr ins Spital nach Prostatektomie zur Entfernung eines Blasenkatethers automatisch gegeben ist. Eine Beschränkung ist bei den Auswirkungen auf die Beziehung dadurch gegeben, dass in den Studien ausschliesslich heterosexuelle Paare Berücksichtigung fanden. Forschungsbedarf scheint daher gegeben bezüglich der Effekte und gegebenenfalls spezifischen Bedürfnisse homosexueller Paare.

5.2.3 Vermindern negativer Auswirkungen auf die Partnerinnen

Bemerkenswert ist das Ergebnis, dass die Belastung der Partnerinnen sogar noch grösser sein kann als jene der Patienten. Dies ist insbesondere in Zusammenhang mit den Aussagen des vorigen Kapitels über die Bedeutung einer funktionierenden Partnerschaft für die Bewältigung durch die Patienten von Bedeutung. Daneben ist auch ein direkter Einfluss festzustellen, indem die Partnerinnen den bereits angesprochenen Rollenwechsel hin zu einer pflegenden Partnerin vornehmen. Die Gefahr negativer Auswirkungen auf die Partnerinnen ist gegeben aufgrund der hohen Belastung durch diesen für die Patienten wichtigen Beitrag zur Bewältigung. Somit ist eine Reduktion der negativen Auswirkungen auf die Partnerinnen auch im Sinne einer möglichst optimalen Umsetzung des Schemas der Verlaufskurve unmittelbar für den Patienten von grosser Bedeutung. Als kritische Bereiche lassen sich insbesondere aufgrund der Ergebnisse von Resendes et al. (2006) die aktive Vorbereitung der Partnerinnen auf ihre neue Rolle durch Informationsabgabe zu den zu erwartenden Tätigkeiten, durch Sensibilisieren auf mögliche emotionale Reaktionen und

das Entwickeln von Fähigkeiten zum Lösen von auftauchenden Problemen identifizieren. Da die Partnerinnen ihre Bedürfnisse häufig hinten anstellten, scheint auch hinsichtlich dieses Punktes eine Sensibilisierung angebracht, damit die berichteten Effekte von Frustration und Enttäuschung erst gar nicht auftreten.

5.3 Wirksamkeit von Pflegeinterventionen

5.3.1 Psychoedukative Interventionen

Die untersuchten Interventionen sind in ihrer konkreten Ausgestaltung und auch in der Überprüfung der Effekte sehr unterschiedlich, was ihre Vergleichbarkeit erschwert. Es ist aber eine Einteilung der Einzelinterventionen, die primär auf den einzelnen Patienten abzielen, nach der Art Durchführung in telefonische, mündliche und per Audiotapes durchgeführte Interventionen möglich. Es wurden positive Effekte auf die Bewältigung, das Problemlösungsmanagement, das Symptom- und Alltagsmanagement und auf Stimmungsveränderungen festgestellt. Bemerkenswert sind auch die positiven Äusserungen bei Empfängern von telefonischen Interventionen, was auf eine gute Akzeptanz dieser Massnahmen durch die Patienten hindeutet. Tärnhuvud et al. (2007) bemerken, dass in der Literatur in Übereinstimmung mit ihrer Untersuchung die Vorteile von telefonischen Interventionen in der Wirtschaftlichkeit und der Vermeidung von unnötigen Wegen für die Patienten gesehen werden. Nachteile werden in der verminderten persönlichen Interaktion identifiziert. Bezüglich der Audiotapes sehen sie den Vorteil, dass diese kostengünstig sind und vom Patienten auch mehrfach und im eigenen Rhythmus abgehört werden können, aber auch den Nachteil, dass sie nicht personalisierbar sind. Bei den betrachteten Gruppeninterventionen mit mehreren Patienten zeigte sich, dass Effekte zur Verbesserung der Lebensqualität, des Wissens, der Sexualität und der Stimmungsveränderungen festgestellt werden konnten. Diese Interventionen wurden jedoch durchgängig von Psychologen und Ärzten durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass psychoedukative Interventionen für das Erreichen des oben diskutierten Ziels der Verbesserung der Lebensqualität der Patienten dienlich sein können und insbesondere dazu beitragen können, dass die Patienten in ein stabiles Stadium ihrer Verlaufskurve eintreten können. Die Wahl der Art der Intervention durch eine Institution

hängt von Faktoren wie den verfügbaren zeitlichen und personellen Ressourcen ab. Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit insbesondere mit Ärzten und Psychologen könnte angeregt werden bei Überlegungen zur Einführung von Gruppeninterventionen. Eine Entscheidung für eine bestimmte Intervention sollte aber sicherlich von weiteren Literaturrecherchen begleitet werden, die sich mit der konkreten Ausgestaltung der jeweiligen Interventionsart befassen, was auch für die nachfolgend genannten Interventionen gilt.

5.3.2 Spezifische Interventionen

Bei Interventionen zur Behandlung der Harninkontinenz nach Prostatektomie konnten nur wenige wissenschaftlich belegbare Effekte für eine Verbesserung der Kontinenz gefunden werden. Zur Eindämmung der Harninkontinenz wurde jedoch in Form der externen Peniskompression eine Massnahme identifiziert, die wirksam ist und auch von den Patienten gut akzeptiert wurde. Offen bleibt die Frage, ob diese Interventionen unabhängig von der Wirksamkeit gegebenenfalls das subjektive Kontrollgefühl der Patienten stärken, was die Projektion der Patienten auf ihren Krankheitsverlauf beeinflussen könnte. Bezüglich des Managements von erektiler Dysfunktion ist die Situation insofern anders, als mehrere nachgewiesenermaßen effiziente Interventionen verfügbar sind. Die invasivsten Massnahmen sind dabei am wirksamsten aber gleichzeitig auch weniger populär. Sinnvoll erscheint es, die Präferenzen der Patienten zu erfassen und die Vor- und Nachteile offen zu diskutieren, um die Patienten und ihre Partnerinnen bei der Entscheidungsfindung zu begleiten.

McCorkle et al. (2007) konnten in ihrer Studie über eine pflegegeleitete Intervention keine beziehungsweise sogar teilweise negative Effekte feststellen. Durch eine Intervention, die die Paare dazu zwang, sich mit den Auswirkungen der Behandlung aktiv auseinanderzusetzen, entstanden auch negative Effekte bezüglich depressiver Symptomatik, Sexualfunktion und partnerschaftlicher Interaktion, wovon insbesondere die Partnerinnen betroffen zu sein schienen. Denkbar wäre aber auch, dass die Messung des Interventionserfolgs anhand recht spezifischer Ergebnisvariablen das Resultat beeinflusste und dieses bei weiter gefasster Messung der Lebensqualität eventuell anders ausgefallen wäre. Jedoch hat auch die von Tärnhuvud et al. (2007) beschriebene pflegegeleitete

Intervention keine Effekte hervorbrachte. Nicht auszuschließen ist auch, dass die konkrete Ausgestaltung einer Massnahme und lokale Einflussfaktoren die Wirksamkeit beeinflussen.

Für spezifisch auf Partnerinnen ausgerichtete Interventionen wurden bezüglich Bewältigungs- und Problemlösungsfähigkeiten positive Effekte nachgewiesen, es wurde aber auch berichtet, dass diese Effekte geringer waren als bei vergleichbaren Paarinterventionen. Wenn Partnerinnen in Massnahmen einbezogen werden sollen, scheint es daher ratsam, eher Paarinterventionen in Betracht zu ziehen.

5.3.3 Paartherapien , Peer-Support und Assessmentinstrumente

Die berücksichtigten Paartherapien waren wie schon die anderen zuvor besprochenen psychoedukativen Massnahmen sehr heterogen. So erstreckte sich der Zeitraum, in dem die Interventionen durchgeführt wurden, auf bis zu fünf Jahre nach Therapieende. Bei allen Studien wurden jedoch durchgehend positive Effekte festgestellt und bis auf eine wurden alle Interventionen von Pflegefachpersonen durchgeführt. Die Resultate zeigten unter anderem verbesserte partnerschaftliche Kommunikation, erhöhte sexuelle Zufriedenheit, weniger Unsicherheit und verbesserte Lebensqualität.

Der im Review von Fritzsche et al. (2008) erwähnte Ansatz des Peer-Supportes erscheint sehr interessant aufgrund der positiven Resultate und wegen der im Rahmen der Diskussion der Bewältigung durch die Patienten gemachten Feststellung, dass viele Patienten den Wunsch haben, sich eher mit anderen Betroffenen auszutauschen, als das direkte soziale Umfeld in die eigenen Sorgen und Ängste einzubeziehen.

Zur Erfassung körperlicher, emotionaler, sozialer und familiärer Belastungen erscheint das von Fritzsche et al. (2008) angesprochene Distress-Thermometer sehr sinnvoll zu sein, da es inklusive der Erteilung von Empfehlungen für die psychosoziale Weiterbehandlung mit einem Zeitaufwand von nur zwei Minuten verbunden sei.

5.4 Beurteilung der Validität

Im Folgenden werden zuerst die in die vorliegende systematische Literaturübersicht einbezogenen Studien und anschliessend die Literaturübersicht als Ganzes hinsichtlich ihrer Validität überprüft.

5.4.1 Beurteilung der Validität der einbezogenen Studien

Die 17 einbezogenen Studien wurden anhand der in Anhang C aufgeführten Beurteilungsraster auf ihre Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Anwendbarkeit hin überprüft. Alle 17 Studien kamen auf mindestens 65% der erreichbaren Punkte und wurden daher in die vorliegende systematische Literaturübersicht einbezogen. Es gab allerdings deutliche Unterschiede in Bezug auf die erreichten Punktzahlen, weshalb sich der Autor entschieden hat, zur Beurteilung der Validität der einzelnen Studien eine genauere Einteilung anhand einer linearen Notenverteilung von A (hervorragend) bis E (ausreichend) auf Basis der erzielten Bewertungspunktzahl vorzunehmen. Das Vorgehen ist in Anhang E beschrieben, die Noten der einzelnen Studien sind in der Tabelle in Anhang F aufgeführt. Bei getrennter Betrachtung nach Design der Studien und Bildung der Mittelwerte kommt man zu dem Ergebnis, dass die fünf einbezogenen Reviews im Mittel die Note C erhielten, ebenso wie die zwei randomisiert-kontrollierten Interventionsstudien, während die drei qualitativen Studien im Mittel auf ein B kommen, ebenso wie die sieben sonstigen quantitativen Studien. Bemerkenswert ist allerdings, dass die Bandbreite der Noten je Studientyp zumeist beträchtlich ist. Diese reicht bei den fünf Reviews von A bis E, auch die beiden Interventionsstudien sind mit A und E benotet worden. Einheitlicher ist das Bild bei den qualitativen Studien, die zweimal ein B und einmal ein C erhielten und bei den sieben sonstigen quantitativen Studien, die überwiegend mit A und B bewertet wurden und zweimal ein D erhielten. Bei den mit E bewerteten und somit nur knapp einbezogenen Studien handelt es sich um die randomisiert-kontrollierte Studie von McCorkle et al. (2007) zu den Effekten einer standardisierten Pflegeintervention, die Schwächen in der Aussagekraft aufwies, sowie um die beiden systematischen Literaturreviews von Resendes et al. (2006) über die psychosoziale Reaktionen der Partnerinnen mit Schwächen bei der Glaubwürdigkeit und von Tärnhuvud et al. (2007) über Pflegeinterventionen zur

Verbesserung der Gesundheit nach Radiotherapie bei Männern mit Prostatakarzinom mit Schwächen in Glaubwürdigkeit und Aussagekraft.

Eine gesonderte Betrachtung der Berücksichtigung ethischer Grundsätze zeigt, dass in der Studie von Ptacek et al. (2002) keinerlei Aussagen zu ethisch relevanten Fragen gemacht wurden, weder zu einer Überprüfung durch eine Ethikkommission noch zum Einholen informierter Zustimmung der Teilnehmer. In drei Studien (Parker et al., 2009; Robinson et al., 1999; Scholz et al., 2008) wurden diese Kriterien nur teilweise erfüllt, in den restlichen Studien vollständig.

5.4.2 Beurteilung der Validität des vorliegenden systematischen Literaturreviews

Das wichtigste Kriterium zur Einschätzung der Validität einer systematischen Literaturübersicht ist nach LoBiondo-Wood et al. (2005) die genaue Beschreibung und Durchführung der einzelnen Schritte der Literatursuche. Der Autor legte auf diesen Punkt grossen Wert und achtete auch darauf, dass die Schritte der Literatursuche eindeutig reproduzierbar sind. Mit dem Kriterium der Reproduzierbarkeit wurde allerdings ein Nachteil in Kauf genommen. Denn einerseits wurde damit zwar sichergestellt, dass die in dieser Arbeit dargelegten Suchergebnisse jederzeit vollständig nachvollzogen werden können, andererseits machte dies aber den Verzicht auf flexible Suchstrategien wie etwa die Suche nach „related articles“ nötig. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass relevante Literatur, die den Einschlusskriterien entsprochen hätte, nicht berücksichtigt wurde. Dieser Gefahr wurde aber durch einen zusätzlichen, aufwändig konstruierten Suchlauf auf der PubMed-Datenbank begegnet. Desweiteren wurde durch die Bewertung der Studien hinsichtlich ihrer wissenschaftlichen Qualität sichergestellt, dass nur Arbeiten einbezogen wurden, die definierten Mindestanforderungen entsprechen.

Eine Betrachtung hinsichtlich der Länder, in denen die Studien durchgeführt wurden, ergibt folgendes Bild: sieben Studien wurden in den USA erstellt, zwei in Schweden, eine in Australien, eine in der Schweiz und eine in Deutschland oder der Schweiz. Die einbezogenen Reviews werden hier nicht aufgeführt, deren enthaltene Studien wurden jeweils in verschiedenen Ländern durchgeführt. Wenngleich erwartungsgemäss mehrere Studien in den USA erstellt wurden, so ist doch keine zu starke Konzentration auf ein

einzelnes Land festzustellen, was die Gefahr der Überbewertung landestypischer Spezifika hätte bedeuten können. Bemerkenswert ist auch, dass zumindest eine Studie, die qualitative Untersuchung von Petry et al. (2004), in der Schweiz durchgeführt wurde.

Alle 17 einbezogenen Studien wurden in den letzten 10 Jahren veröffentlicht und können somit als aktuell bezeichnet werden. Neun davon wurden im Zeitraum 2006 bis 2009 veröffentlicht, sieben von 2002 bis 2005 und eine stammt aus dem Jahr 1999. Bei der Literaturrecherche wurde zwar explizit auch nach französisch- und deutschsprachiger Literatur gesucht, abgesehen von dem auf Deutsch abgefassten systematischen Literaturreview von Fritzsche et al. (2008) konnten jedoch nur auf Englisch verfasste Studien in die vorliegende Arbeit einbezogen werden.

Hinsichtlich der Behandlungsarten ist eine stärkere Gewichtung von Prostatektomie im Vergleich zur Radiotherapie auszumachen. Elf Studien untersuchten Effekte bei Patienten nach Prostatektomie, drei Studien nach Radiotherapie und drei Studien nach beiden Behandlungsarten.

6 Schlussfolgerungen

Nach der Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse wird nun die Beantwortung der Forschungsfrage vorgenommen und es werden die Konsequenzen für die Praxis und die Implementierung der Ergebnisse in den Pflegealltag genauer betrachtet.

6.1 Allgemeine Bemerkungen

Das Ziel, das mit der Beantwortung der Fragestellung anhand des vorliegenden systematischen Literaturreviews verfolgt wurde, bestand in der Identifikation von Ansatzpunkten für pflegerische Interventionen. Es erwies sich als hilfreich, neben Studien, welche die Untersuchung der Wirksamkeit von Interventionen zum Ziel hatten, auch Arbeiten zu Zusammenhängen etwa psychischer Variablen sowie des Erlebens der Patienten einzubeziehen. Der Autor ist sich zwar der geringeren wissenschaftlichen Evidenz dieser Studien bewusst, vertritt aber die Meinung, dass erst durch die Kombination der unterschiedlichen Ansätze eine umfassende Betrachtung der vorliegenden Problematik und die Beantwortung der Fragestellung möglich war.

6.2 Beantwortung der Fragestellung und Konsequenzen für die Praxis

Zur Beantwortung der Frage, durch welche pflegerischen Interventionen Patienten nach kurativer Prostatabehandlung bei der Bewältigung der Therapiefolgen unterstützt werden können, wurden die Bewältigung der Patienten, die mit Interventionen verfolgbaren Ziele und die Wirksamkeit von Interventionen betrachtet. Es zeigte sich, dass die Patienten mit einer komplexen Wechselbeziehung von Symptomkontrolle, Beziehungen und Belastungen umgehen müssen. Idealerweise zielen Interventionen auf alle Bereiche ab. Die Faktoren beeinflussen sich jedoch gegenseitig und die vorliegende Arbeit zeigt, dass auch isolierte Interventionen globale Effekte etwa auf die Lebensqualität aufweisen können und im Gegensatz umfassende Interventionen nicht notwendigerweise zu guten Resultaten führen. Eine besondere Rolle spielt das soziale Netz der Patienten, da es sowohl eine Ressource als auch einen eigenen belasteten Bereich darstellen kann, insbesondere wenn Partnerinnen pflegerische Aufgaben übernehmen. Pflegerische Interventionen sollten daher möglichst Partnerinnen auf ihre Rollenveränderung vorbereiten oder dabei begleiten und den Paaren

Kompetenzen zum Umgang mit der veränderten Lebenssituation nach der Behandlung vermitteln. Aufgrund der Heterogenität der betrachteten Interventionen und auch der erfassten Ergebnisvariablen lassen sich keine Standardinterventionen ableiten. Deutlich wurde jedoch, dass der Informationsvermittlung eine Schlüsselrolle zukommt. Diese sollte sich auch individuell auf Möglichkeiten der Symptomkontrolle, insbesondere in Bezug auf die zentralen Therapiefolgen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion beziehen, wobei auch hier wieder der Patient als Teil seines sozialen Netzes zu verstehen ist.

Aufgrund der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass insbesondere ein multidisziplinärer Ansatz oder zumindest die Möglichkeit zu interdisziplinärer Zusammenarbeit bei Interventionen erfolgversprechend ist. Für die Pflegepraxis bedeutet dies, dass sich die komplexe biopsychosoziale Problematik, mit der sich die Patienten konfrontiert sehen, am besten in Zusammenarbeit mit den beteiligten Ärzten und Psychologen angehen lässt. Dies bedeutet einerseits aufgrund des zusätzlichen Abstimmungsbedarfs eine grosse Herausforderung für die Pflege, andererseits aber auch eine Chance, da sie sich als Mittler der verschiedenen Disziplinen positionieren kann. Eine weitere Herausforderung für die Pflege besteht in dem Spannungsfeld von höchstmöglicher Pflegequalität bei beschränkten personellen, zeitlichen und strukturellen Ressourcen. Ein Ansatz zur Lösung dieser Problematik könnte in einer Vorselektion von Patienten bestehen, die sich voraussichtlich mit einer erschwerten Bewältigung konfrontiert sehen und daher überdurchschnittlich von pflegerischen Interventionen profitieren könnten. Dies würde den effizienten Einsatz bei beschränkten Mittel ermöglichen.

6.3 Implementierung der Ergebnisse

Um die Umsetzung der Ergebnisse in die Pflegepraxis darzustellen, ist es hilfreich, die Implementierung anhand des gängigen Pflegeprozesses darzustellen. Mit den ersten drei Aspekten der Richtlinien von Corbin et al. (1998) zum Pflegeprozess ist eine praxisnahe Strukturierung möglich. Für eine vertiefte Betrachtung der beiden letzten Aspekte, der Durchführung und Evaluation der Massnahmen, müssten unter Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten weitere Recherchetätigkeiten erfolgen.

6.3.1 Assessment

Wichtig ist zunächst, die Stellung des Patienten insbesondere in Bezug auf das Stadium seiner Verlaufskurve zu bestimmen. Durch Unterscheidung nach akutem, stabilem und instabilem Stadium ist bereits eine erste Einteilung möglich, die die spätere Auswahl von Interventionen beeinflusst. Das akute Stadium würde bei medizinischer Behandlung im Spital vorliegen, eine stabile Phase entspräche dem angestrebten Zustand, in dem der Patient zwar mit Therapiefolgen umgehen muss, dies aber durch die Umsetzung seines Schemas für ihn zufriedenstellend bewältigt, während ihm dies in einer instabilen Phase nicht mehr gelingt. Mit der Feststellung des aktuellen Stadiums ist auch die Bewertung der bisherigen Umsetzung des Schemas verbunden. Sollte sich ein Patient in einer instabilen Phase befinden, so ist die im nächsten Kapitel beschriebene Einschätzung der beeinflussenden Faktoren von besonderer Bedeutung. Desweiteren gilt es, das Umfeld des Patienten und dessen Bedeutung für ihn sowie die Rollen der Personen in seinem sozialen Netz zu erfassen. Ausserdem ist die Erfassung des Verhältnisses des Patienten zu den Akteuren im Gesundheitswesen von Bedeutung, da etwa eine bereits bestehende Vertrauensbeziehung zu einem Arzt, Psychologen oder einer Pflegeperson unter Umständen genutzt werden könnte. Es wäre auch von Bedeutung zu wissen, ob der Patient eher zu problem- oder emotionsfokussierter Bewältigung neigt, da sich dies als kritischer Faktor auch für die Langfristanpassung herausgestellt hat. Zur Erfassung dieses Typus wäre es allerdings vonnöten, geeignete Assessmentinstrumente zur Verfügung zu haben. Schliesslich ist die Stellung des Patienten in Bezug auf seine Krankheit, seine Biografie und seinen Alltag zu bestimmen, so dass seine Werte und Überzeugungen bestmöglich in die weiteren Schritte einfließen können.

6.3.2 Einschätzung beeinflussender Faktoren

Neben der bereits vorgenommenen Einschätzung bezüglich der Rollen der Personen im sozialen Netz des Patienten geht es nun darum festzustellen, welche konkrete organisatorische, praktische und emotionelle Unterstützung der Patient von seinem Umfeld erwarten kann oder bereits erfährt. Spätestens zu diesem Zeitpunkt wäre es von grossem Vorteil, sein Umfeld, vorzugsweise in Form seiner Partnerin, mit einzubeziehen. Denn so kann die Pflegefachperson eine realistische Einschätzung vornehmen, inwieweit die

Partnerin etwa kognitiv und motorisch zu praktischer Unterstützung überhaupt in der Lage ist, ob sie gegebenenfalls mit eigenen Ängsten zu kämpfen hat und daher eine emotionale Unterstützung eher schwierig sein könnte und wie eine organisatorische Unterstützung im Detail aussehen könnte. Desweiteren kann die aktuelle Rolle der Partnerin erfasst und mit der auf sie zukommenden Rolle abgeglichen werden. Sollte der Patient alleinstehend sein, ist in Erfahrung zu bringen, wer gegebenenfalls die nächsten nahestehenden Personen des Patienten sind und welche Rollen diese allenfalls einnehmen können. Bei allen Patienten, unabhängig ob in Partnerbeziehung lebend oder nicht, sind in diesem Zusammenhang die Ressourcen und Hemmnisse für die Bewältigung sowie die Einstellungen und Vorerfahrungen festzuhalten.

6.3.3 Definition von Interventionsschwerpunkten und Zielen

Wichtig ist zunächst, dass die Ziele und Massnahmen dem Stadium der Verlaufskurve angepasst sind. So scheint es sinnvoll, Patienten in instabilen Phasen prioritär möglichst kurzfristig wirksame Massnahmen vorzuschlagen. Da eine instabile Phase per Definition mit Verlust der Kontrolle über die Symptome einhergeht, könnten zuerst wirksame Interventionen zur Kontrolle der am häufigsten auftretenden und folgenreichen Therapiefolgen erektile Dysfunktion und Harninkontinenz in Betracht gezogen werden, natürlich abgestimmt auf die jeweils konkrete Patientensituation. In zweiter Priorität könnten längerfristig angelegte Interventionen angegangen werden, die für Patienten in akuten oder stabilen Phasen von Anfang an ein Element zum Übergang in ein stabiles Stadium beziehungsweise zum Verbleib in demselben darstellen sollten.

Unabhängig vom Stadium ist sicherzustellen, dass alle in der individuellen Situation notwendigen Informationen abgegeben werden und deren Bedeutung und Inhalt verstanden wird. Gegebenenfalls haben Pflegefachpersonen zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit zur Korrektur. Wichtig ist auch, dass die Partnerin ausreichend auf ihre Rolle vorbereitet wird und ihr entsprechend den gegebenen strukturellen Möglichkeiten unterstützende Angebote unterbreitet werden. Wiederum im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten könnten aufgrund der identifizierten Bedeutung angepasster Bewältigungsstrategien dem Patienten und seiner Partnerinnen psychoedukative Angebote unterbreitet werden. Durch die Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfegruppen kann den Patienten die Möglichkeit

gegeben werden, weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu entdecken und sich mit anderen Betroffenen auszutauschen. Dies ist auch eine Möglichkeit, die alleinstehenden Patienten, neben dem Einbezug professioneller spitalexterner Unterstützung, vorgeschlagen werden kann.

Bezüglich der Unterstützung der von den meisten Patienten zu bewältigenden Therapiefolgen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion ist der zeitliche Faktor von grosser Bedeutung. Direkt nach der Behandlung steht zwar zumeist das Management der Harninkontinenz im Vordergrund, die Problematik der erektilen Dysfunktion sollte aber nicht zuletzt aufgrund der möglichen Langzeitfolgen nicht vernachlässigt werden. Es ist aber nötig, dies mit der nötigen Sensibilität anzugehen, um eine Überlastung von Patient und Partnerin zu vermeiden.

7 Lernprozess

Im Folgenden wird der Lernprozess des Autors bezüglich der Thematik und der Methodik beschrieben. Dies kann dem Leser dabei helfen, ein erweitertes Verständnis für den Gang der Untersuchung zu erhalten

7.1 Lernprozess zur Thematik

Der Autor konnte bezüglich der Thematik im Verlauf der Erstellung der vorliegenden Arbeit einen stetigen Zuwachs an Wissen und Verständnis für die Situation von Patienten mit Prostatakarzinom nach kurativer Behandlung feststellen. Bedeutsam hierfür waren vor allem die zunächst unsystematische Einarbeitung in das Thema im Rahmen der Entwicklung der Fragestellung und dann vor allem die Auseinandersetzung mit den Ergebnissen der einbezogenen Studien und deren Diskussion. Herausfordernd war dabei die Abgrenzung zu angrenzenden wissenschaftlichen Disziplinen, insbesondere der Medizin und Psychologie. Letztlich war aber eine wichtige Erkenntnis, dass das Beachten der Schnittmengen mit verwandten Bereichen unverzichtbar ist für das Erreichen des gewünschten Ergebnisses. Während des Erstellens der Arbeit wuchs auch das Verständnis für die enormen Herausforderungen für diese Patientengruppe und deren Umfeld, wie auch für Pflegefachpersonen, die um eine bestmögliche Pflegequalität besorgt sind. Durch die Beschäftigung mit diesem Thema und der Wahl des theoretischen Rahmens konnte darüber hinaus die besondere Bedeutung erfasst werden, die das Umfeld dieser Patienten für deren Bewältigungsprozess hat und dass eine Betrachtung unter systemischen Gesichtspunkten zu wertvollen Erkenntnissen führen kann.

7.2 Lernprozess zur Methodik

Um den Lernprozess in Bezug auf das methodische Vorgehen bei der Erstellung dieser systematischen Literaturübersicht darzustellen, hat sich der Autor zu einer Strukturierung anhand der SOFT-Analyse nach Fink und Götze (1996) entschieden. Dieses Reflexionsraster ist in Anhang G beschrieben.

S wie Super: Einige Punkte sind gut gelungen bei der Durchführung des dem Autor zuvor unbekannten methodischen Ansatzes einer systematischen Literaturübersicht. Dazu gehörten sicherlich das konsequente systematische und nachvollziehbare Vorgehen. Das Lesen und Zusammenfassen der überwiegend englischen Artikel fiel nicht allzu schwer und es erwies sich von Vorteil, auf die Erstellung der Zusammenfassungen dennoch relativ viel Energie zu verwenden. Denn bei der Darstellung der Ergebnisse und deren Diskussion war es von unschätzbarem Wert, auf Basis der Zusammenfassungen gut weiterarbeiten zu können. Dies sind Punkte, die der Autor beim nächsten Mal sicher ähnlich handhaben würde.

O wie Optionen: Diese ergeben sich im Sinne weiterer Möglichkeiten und Chancen dadurch, dass bezüglich des systematischen Vorgehens auch alternative Möglichkeiten frühzeitig in Betracht gezogen und geprüft werden könnten. Hier ist das nun gewonnene Verständnis über den gesamten Ablauf der Erstellung einer solchen Arbeit natürlich von Nutzen.

F wie Fehler: Schwächen sieht der Autor vor allem bei seiner zeitlichen Einteilung des Arbeitspensums. Dies betrifft einerseits die Tatsache, dass zwischen Phasen aktiver Arbeit an dem Projekt auch Phasen waren, bei denen die Arbeit brach lag und daher jeweils wieder eine recht aufwändige Einarbeitungszeit nötig wurde. Andererseits gelang es dem Autor oftmals nicht, notwendige Pausen während der Arbeit einzuplanen und einzuhalten. Folge davon war zuweilen, dass nicht erkannt wurde, wenn eine falsche Richtung etwa beim Aufbau der Literatursuche eingeschlagen wurde. Dies wurde dann erst verspätet erkannt und musste jeweils zeitaufwändig korrigiert werden.

T wie Tretminen: Die angesprochenen Fehler würde es gelten, bei der nächsten Erstellung einer Arbeit dieses Umfangs zu vermeiden, indem Phasen von Inaktivität vermieden werden und die tägliche Arbeitsorganisation optimiert wird.

8 Literaturverzeichnis

- Behrens, J. & Langer, G. (2004). *Evidence-based nursing* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Behrens, J. & Langer, G. (2006). *Evidence-based nursing and caring* (2., vollst. überarb. und erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Betticher, D. (2008). *Onko-Hämatologie: Skript zum Unterricht*. Freiburg CH: Hochschule für Gesundheit.
- Booker, J., Eardley, A., Cowan, R., Logue, J., Wylie, J. & Caress, A. (2004). Telephone first post-intervention follow-up for men who have had radical radiotherapy to the prostate: evaluation of a novel service delivery approach. *European journal of oncology nursing*, 8 (4), 325-333.
- Canada, A. L., Le Neese, Sui, D. & Schover, L. R. (2005). Pilot intervention to enhance sexual rehabilitation for couples after treatment for localized prostate carcinoma. *Cancer*, 104 (12), 2689-2700.
- Corbin, J. M. & Strauss, A. (1998). Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheiten. In P. Woog (Hrsg.), *Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin- und Strauss-Pflegemodell* (S. 1–30). Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Dorsett, D. S. (1991). The trajectory of cancer recovery. *Scholarly inquiry for nursing practice*, 5 (3), 175-184.
- Ercolano, E. (2008). Follow up of men post-prostatectomy: who is responsible? *Urologic nursing*, 28 (5), 370-377.
- Faithfull, S., Corner, J., Meyer, L., Huddart, R. & Dearnaley, D. (2001). Evaluation of nurse-led follow up for patients undergoing pelvic radiotherapy. *British journal of cancer*, 85 (12), 1853-1864.
- Fink, B. & Götze, W. (1996). *6 Schritte zur Qualität*. Kilchberg: Büro für Bildungsfragen.
- Fritzsche, K., Diederich, D. & Schultze-Seemann, W. (2008). Psychooncology of prostate carcinoma - psychosocial distress and treatment. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54 (4), 329-353.
- Gerwin, B. (2005). *Pflege- und Krankheitsverläufe aktiv steuern und bewältigen: Unter Berücksichtigung des Corbin-Strauss-Pflegemodells*. Münster: Lit-Verlag.
- Giarelli, E., McCorkle, R. & Monturo, C. (2003). Caring for a spouse after prostate surgery: the preparedness needs of wives. *Journal of Family Nursing*, 9 (4), 453-485.
- Giesler. (2005). Improving the Quality of Life of Patients with Prostate Carcinoma: A Randomized Trial Testing the Efficacy of a Nurse-Driven Intervention. *Cancer*, 104 (4), 752-762.
- Gregoire, I., Kalogeropoulos, D. & Corcos, J. (1997). The effectiveness of a professionally led support group for men with prostate cancer. *Urologic nursing*, 17 (2), 58-66.

- Hedestig, O., Sandman, P. O., Tomic, R. & Widmark, A. (2005a). Living after external beam radiotherapy of localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Cancer Nursing*, 28 (4), 310-317.
- Hedestig, O., Sandman, P. O., Tomic, R. & Widmark, A. (2005b). Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta oncologica*, 44 (7), 679-686.
- Heermann, J. A. & Craft, B. (2005). Die Bewertung quantitativer Forschungsarbeiten. In G. LoBiondo-Wood & J. Haber (Hrsg.), *Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung*. 2. Aufl. (S. 495–541). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Houldin, A. D. (2003). *Pflegekonzepte in der onkologischen Pflege* (1. Aufl.). Bern: Huber.
- Hunter, K. F., Moore, K. & Glazener, C. M. (2007). Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (2).
- Johnson, J. (1996). Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Research in nursing & health*, 19 (1), 3-12.
- Johnson, J., Nail, L., Lauver, D., King, K. & Keys, H. (1988). Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status. *Cancer*, 61 (1), 46-51.
- Kaluza, G. (1996). *Gelassen und sicher im Stress* (2., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kim, Y., Roscoe, J. A. & Morrow, G. R. (2002). The effects of information and negative affect on severity of side effects from radiation therapy for prostate cancer. *Support Care Cancer*, 10 (5), 416-421.
- Lev, E. L., Eller, L. S., Gejerman, G., Kolassa, J., Colella, J., Pezzino, J. et al. (2009). Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months. *Supportive care in cancer*, 17 (5), 509-517.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. (Hrsg.). (2005). *Pflegeforschung: Methoden, Bewertung, Anwendung* (2. Aufl.). München: Elsevier Urban & Fischer.
- Maliski, S., Heilemann, M. & McCorkle, R. (2001). Mastery of postprostatectomy incontinence and impotence: his work, her work, our work. *Oncology nursing forum*, 28 (6), 985-992.
- Margulies, A. (2006). *Onkologische Krankenpflege* (4., vollst. überarb. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Mathewson-Chapman, M. (1997). Pelvic muscle exercise/biofeedback for urinary incontinence after prostatectomy: an education program. *Journal of cancer education*, 12 (4), 218-223.
- Matthew, A. G., Goldman, A., Trachtenberg, J., Robinson, J., Horsburgh, S., Currie, K. et al. (2005). Sexual dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, treatments, restricted use of treatments and distress. *The Journal of urology*, 174 (6), 2105-2110.

- McCorkle, R., Siefert, M., Dowd, M., Robinson, J. & Pickett, M. (2007). Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urologic nursing*, 27 (1), 65-77.
- Meerwein, F. & Bürgin, D. (1998). *Einführung in die Psycho-Onkologie* (5., überarb. und erg. Aufl.). Bern: Huber.
- Mishel, M. H., Belyea, M., Germino, B. B., Stewart, J. L., Bailey Donald E., Robertson, C. et al. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: Nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94 (6), 1854-1866.
- Mishel, M., Belyea, M., Germino, B., Stewart, J., Bailey, D. J., Robertson, C. et al. (2002). Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects: nurse-delivered psychoeducational intervention over the telephone. *Cancer*, 94 (6), 1854-1866.
- National Collaborating Centre for Cancer. (2008). *Prostate Cancer: Diagnosis and Treatment*. Verfügbar unter: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG58FullGuideline.pdf> [Zugriff am 19.4.2009].
- Northouse, L. L., Mood, D. W., Schafenacker, A., Montie, J. E., Sandler, H. M., Forman, J. D. et al. (2007). Randomized clinical trial of a family intervention for prostate cancer patients and their spouses. *Cancer*, 110 (12), 2809-2818.
- Palmer, M. H., Fogarty, L. A., Somerfield, M. R. & Powel, L. L. (2003). Incontinence after prostatectomy: coping with incontinence after prostate cancer. *Oncology nursing forum*, 30 (2), 229-238.
- Parker, P., Pettaway, C., Babaian, R., Pisters, L., Miles, B., Fortier, A. et al. (2009). The effects of a presurgical stress management intervention for men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Journal of clinical oncology*, 27 (19), 3169-3176.
- Petry, H., Berry, D. L., Spichiger, E., Kesselring, A., Gasser, T. C., Sulser, T. et al. (2004). Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *International journal of nursing studies*, 41 (5), 507-513.
- Polit, D. F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2004). *Lehrbuch Pflegeforschung*. Bern: Huber.
- Ptacek, J. T., Pierce, G. R. & Ptacek, J. J. (2002). The social context of coping with prostate cancer. *Journal of psychosocial oncology*, 20 (1), 61-80.
- Raaflaub, W. (2007). *Tote Hose*. Gockhausen: Wörterseh.
- Resendes, L. & McCorkle, R. (2006). Spousal responses to prostate cancer: an integrative review. *Cancer investigation*, 24 (2), 192-198.
- Robinson, L., Hughes, L., Adler, D., Strumpf, N., Grobe, S. & McCorkle, R. (1999). Describing the work of nursing: the case of postsurgical nursing interventions for men with prostate cancer. *Research in nursing & health*, 22 (4), 321-328.
- Rondorf-Klym, L. M. & Colling, J. (2003). Quality of life after radical prostatectomy. *Oncology nursing forum*, 30 (2), E24-32.

- Röttger, K. (2003). *Psychosoziale Onkologie für Pflegende: Grundlagen - Modelle - Anregungen für die Praxis*. Hannover: Schlütersche.
- Sanda, M. G., Dunn, R. L., Michalski, J., Sandler, H. M., Northouse, L., Hembroff, L. et al. (2008). Quality of Life and Satisfaction with Outcome among Prostate-Cancer Survivors. *The New England Journal of Medicine*, 358 (12), 1250-1261.
- Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Boyes, A., Bonevski, B., Burton, L. & Cook, P. (2000). The unmet supportive care needs of patients with cancer. *Cancer*, 88 (1), 226-237.
- Scheffel, S. (2009). *Bewältigung von chronischen Krankheiten und deren Auswirkung auf die Lebensqualität*, Universität Wien. Verfügbar unter: http://othes.univie.ac.at/4771/1/2009-05-09_0451636.pdf [Zugriff am 25.5.2010].
- Scholz, U., Knoll, N., Roigas, J. & Gralla, O. (2008). Effects of provision and receipt of social support on adjustment to laparoscopic radical prostatectomy. *Anxiety, stress, and coping*, 21 (3), 227-241.
- Smith, D. S., Carvalhal, G. F., Schneider, K., Krygiel, J., Yan, Y. & Catalona, W. J. (2000). Quality-of-life outcomes for men with prostate carcinoma detected by screening. *Cancer*, 88 (6), 1454-1463.
- Sonneck, G. & Aichinger, E.-M. (1995). *Krisenintervention und Suizidverhütung* (3. verb. u. erw. Aufl.). Wien: Facultas.
- Tärnhuvud, M., Wändel, C. & Willman, A. (2007). Nursing interventions to improve the health of men with prostate cancer undergoing radiotherapy: a review. *European journal of oncology nursing*, 11 (4), 328-339.
- Tschuschke, V. (2002). *Psychoonkologie: Psychologische Aspekte der Entstehung und Bewältigung von Krebs*. Stuttgart: Schattauer. Verfügbar unter: <http://www.gbv.de/dms/hebis-darmstadt/toc/103073213.pdf> [Zugriff am 19.4.2009].
- Weber, B. A., Roberts, B. L., Yarandi, H., Mills, T. L., Chumbler, N. R. & Wajzman, Z. (2007). The impact of dyadic social support on self-efficacy and depression after radical prostatectomy. *Journal of aging and health*, 19 (4), 630-645.
- Weber, B. A. & Sherwill-Navarro, P. (2005). Psychosocial consequences of prostate cancer: 30 years of research. *Geriatric Nursing*, 26 (3), 166-175.
- Weber, B., Roberts, B., Resnick, M., Deimling, G., Zauszniewski, J., Musil, C. et al. (2004). The effect of dyadic intervention on self-efficacy, social support, and depression for men with prostate cancer. *Psycho-oncology*, 13 (1), 47-60.
- Woog, P. (1992). *The Chronic illness trajectory framework: The Corbin and Strauss nursing model*. New York: Springer Pub. Co.
- Woog, P. (Hrsg.). (1998). *Chronisch Kranke pflegen: Das Corbin- und Strauss-Pflegemodell*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
- Wootten, A. C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G. & Ng, K. T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-oncology*, 16 (11), 994-1002.

Anhang A Zweiter Suchlauf auf PubMed

Die in Frage kommenden Artikel des ersten Suchlaufs auf PubMed wurden auf deren MeSH-Terms hin untersucht. Dabei wurden nur die Haupt-MeSH-Terms des Dokuments berücksichtigt, also die sogenannte [MAJR]-Mesh-Terms, die für die Beantwortung der Fragestellung von zentralem Interesse sind. Die gefundenen Begriffe und die oben angesprochenen MESH-Terms der PubMed-Übersetzung wurden den drei Gruppen „Pflegerinterventionen“, „Therapiefolgen & Bewältigung“ sowie „Kurative Prostatabehandlung“ zugeordnet.

Gruppe	Treffer	MeSH
Kurative Prostatabehandlung		prostatectomy[MAJR]
		prostatic neoplasms/radiotherapy[MAJR]
Therapiefolgen & Bewältigung	60	sexual behavior/psychology[MAJR]
		spouses/psychology[MAJR]
		urinary incontinence/psychology[MAJR]
		erectile dysfunction/psychology[MAJR]
		adaptation, psychological[MAJR]
		postoperative complications/psychology[MAJR]
		carcinoma/psychology[MAJR]
		radiotherapy/psychology[MAJR]
Pflegerinterventionen	66	patient education as topic/methods[MAJR]
		Sex Counseling/methods[MAJR]
		telephone[MAJR]
		Stress, Psychological/prevention and control[MAJR]
		radiotherapy/nursing[MAJR]
		Prostatectomy/nursing[MAJR]
		prostatic neoplasms/nursing[MAJR]
		urinary incontinence/nursing[MAJR]
		erectile dysfunction/nursing[MAJR]
		intervention studies[MAJR]
		nursing process[MAJR]
		nurse's practice patterns[MAJR]

Die Suche kann vereinfacht wie folgt ausgedrückt werden:

- ein MAJR-Term aus Kurative Prostatabelandlung AND ein MAJR-Term aus Therapiefolgen & Bewältigung (60 Treffer)
- ein MAJR-Term aus Kurative Prostatabelandlung AND ein MAJR-Term aus Pflegenterventionen (66 Treffer)

Die ausführliche Beschreibung der Suche lautet wie folgt:

- (Prostatectomy[MAJR] OR Prostatic Neoplasms/Radiotherapy[MAJR]) AND (Sexual Behavior/psychology[MAJR] OR Spouses/psychology[MAJR] OR Urinary Incontinence/psychology[MAJR] OR Erectile Dysfunction/Psychology[MAJR] OR Adaptation, Psychological[MAJR] OR Postoperative Complications/Psychology[MAJR] OR Carcinoma/psychology[MAJR] OR Radiotherapy/psychology[MAJR])
- (Prostatectomy[MAJR] OR Prostatic Neoplasms/Radiotherapy[MAJR]) AND (Patient Education as Topic/methods[MAJR] OR Sex Counseling/methods[MAJR] OR Telephone[MAJR] OR Carcinoma/Nursing[MAJR] OR Stress, Psychological/prevention and control[MAJR] OR Radiotherapy/nursing[MAJR] OR Prostatectomy/Nursing[MAJR] OR Prostatic Neoplasms/Nursing[MAJR] OR Urinary Incontinence/Nursing[MAJR] OR Erectile Dysfunction/Nursing[MAJR] OR intervention studies[MAJR] OR nursing process[MAJR] OR nurse's practice patterns[MAJR])

Anhang B Klassifizierung vorselektionierter Studien

Studie	Klassifizierung						
	Systematisches Review	Intervention ≥ 6 Monate, mind. RCT	Intervention ≥ 6 Monate, keine RCT	Intervention < 6 Monate, mind. RCT	Nicht-experimentelle quantitative Studie	Qualitative Studie	discussion paper, andere
Boonzaier (2009)							x
Darst (2007)							x
Fritzsche (2008)	x						
Hedestig (2005a)						x	
Hedestig (2005b)						x	
Hunter (2007)	x						
Ip (2004)			x				
Ko (2008)							x
Lev (2009)					x		
Matthew (2005)	x						
McCorkle (2007)		x					
Palmer (2003)					x		
Parker (2009)		x					
Petry (2004)						x	
Ptacek (2002)					x		
Resendes (2006)	x						
Robinson (1999)					x		
Rondorf-Klym (2003)					x		
Scholz (2008)					x		
Tärnhuvud (2007)	x						
Wootten (2007)					x		
Zhang (2007)				x			

Tabelle 4: Klassifizierung vorselektionierter Studien nach Design und Interventionsdauer

Anhang C Bewertungsraster

Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde eine präzise Fragestellung untersucht? *Klar formuliert? Genug eingegrenzt? Bereits im Titel genannt?*

2. Waren die Einschlusskriterien für die Auswahl der Studien angemessen? *Welche Kriterien? Welche Studiendesigns?*

3. Ist es unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden? *Welche Datenbanken wurden genutzt? Handsuche? Befragung von Experten? Welcher Zeitraum?*

4. Wurde die Glaubwürdigkeit der verwendeten Studien mit geeigneten Kriterien eingeschätzt? *Welche Kriterien: Randomisierung, Verblindung, Follow-up?*

5. Ist die Beurteilung der verwendeten Studien nachvollziehbar? *Quellen angegeben?*

6. Stimmten die Forscher bei der Bewertung der Studien überein? *Mehrere Personen? Grad der Übereinstimmung?*

7. Waren die Studien ähnlich? *Patienten, Intervention, Ergebnismaß, Studiendesign? Heterogenität?*

Aussagekraft

8. Was sind die Ergebnisse? *Odds ratio? Relativer Risiko? Mittelwert-Differenz?*

9. Wie präzise sind die Ergebnisse? *Konfidenzintervalle? Studien gewichtet?*

Anwendbarkeit

10. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar? *Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?*

11. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet? *Nebenwirkungen? Compliance?*

12. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert? *Kostenanalyse? Number-Needed-To-Treat?*

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medizin.uni-kall.de/pflg/wissenschaft/index.php?id=351>

V 1.3

aus: Behrens, J., & Langen, G. (2004). *Evidenz-basiert Nursing*. Hans Huber: Bern.

Abbildung 1: Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse nach Behrens et al. (2004)

Beurteilung einer Interventionsstudie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wie wurden die Teilnehmer rekrutiert und den Untersuchungsgruppen zugeteilt?	<i>Rekrutierung? Randomisierung? Zuteilung?</i>
2. Wie viele Patienten, die anfangs in die Studie aufgenommen wurden, waren am Ende noch dabei?	<i>Wurden die Ausfallraten begründet, z. B. Umzug, Tod, Verletzung des Protokolls? Follow-up > 80%?</i>
3. Waren die Teilnehmer, das Personal und die Untersucher verblindet?	<i>Wenn nein: wäre eine Verblindung möglich und ethisch vertretbar gewesen?</i>
4. Waren die Untersuchungsgruppen zu Beginn der Studie ähnlich?	<i>Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Bildung, Beruf? Keine signifikanten Unterschiede?</i>
5. Wurden die Untersuchungsgruppen – abgesehen von der Intervention – gleich behandelt?	<i>Unwahrscheinlich, dass andere Faktoren die Ergebnisse beeinflussen haben?</i>
6. Wurden alle Teilnehmer in der per Randomisierung zugeteilten Gruppe bewertet?	<i>Wechselt kein Teilnehmer die Gruppe?</i>
7. War die Größe der Stichprobe ausreichend gewählt, um einen Effekt nachweisen zu können?	<i>Power?</i>
8. Stehen die Ergebnisse im Einklang mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet?	

Aussagekraft

9. Wie ausgeprägt war der Behandlungseffekt?	<i>z.B. RR, RRR, ARR, NNT? Median, Mittelwert?</i>
10. Sind die unterschiedlichen Ergebnisse nicht nur auf einen Zufall zurückzuführen?	<i>p-Wert?</i>
11. Wie präzise sind die Ergebnisse?	<i>Konfidenzintervalle?</i>

Anwendbarkeit

12. Sind die Ergebnisse auf meine Patienten übertragbar?	<i>Ähnliche Patienten, ähnliche Umgebung?</i>
13. Wurden alle für mich wichtigen Ergebnisse betrachtet?	<i>Nebenwirkungen? Compliance?</i>
14. Ist der Nutzen die möglichen Risiken und Kosten wert?	<i>Kostenanalyse?</i>

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.5

aus: Behrens, J., & Langen, G. (2004): Evidence-based Nursing. Hans Huber: Bern.

Abbildung 2: Beurteilung einer Interventionsstudie nach Behrens et al. (2004)

Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Forschungen

Darstellung des Problems und des Ziels	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie lautet das Problem und/oder das Ziel der Forschungsstudie? 2. Wird in der Darstellung des Problems oder des Ziels eine Beziehung zwischen zwei oder mehr Variablen zum Ausdruck gebracht (z.B. zwischen einer unabhängigen und einer abhängigen Variablen)? Wenn ja, welcher Art ist/sind die Beziehung/en? Sind sie überprüfbar? 3. Werden in der Darstellung des Problems und/oder des Ziels nähere Angaben über die Art der zu untersuchenden Population gemacht? Um welche Population handelt es sich? 4. Welche Signifikanz, falls vorhanden, hat das Problem nach Angaben des Forschers? 	
Literatur-Recherche und theoretischer Bezugsrahmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Um welche Konzepte geht es in der Literaturüberprüfung? Ganz besonders zu beachten sind die Konzepte der unabhängigen Variablen und abhängigen Variablen und ihre konzeptuellen Definitionen. 2. Werden in der Literaturüberprüfung die Beziehungen zwischen den Variablen explizit zum Ausdruck gebracht oder wird ein Zusammenhang zwischen Variablen und dem theoretischen/ konzeptuellen Bezugsrahmen hergestellt? Wie sehen die Beziehungen/ Zusammenhänge aus? 3. Welche Lücken oder Widersprüche werden in den vorhandenen Erkenntnissen über das Problem festgestellt? Wie soll die Studie diese Lücken schliessen bzw. die Widersprüche auflösen? 4. Handelt es sich bei den Literaturhinweisen in erster Linie um primäre oder sekundäre Quellen? Geben Sie ein Beispiel für beides an. 5. Welches sind die operationalen Definitionen der unabhängigen und der abhängigen Variablen? Geben sie die konzeptuellen Definitionen weiter? 	
Hypothese(n) oder Forschungs-Frage(n)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind die Hypothese(n) oder Forschungsfragen der Studie? Sie sind angemessen formuliert? 2. Wenn Forschungsfragen gestellt werden, geschieht dies zusätzlich zur Hypothese oder im Zusammenhang mit einer explorativen Studie? 3. Welches sind die unabhängigen und abhängigen Variablen in der Darstellung jeder Hypothese/Forschungsfrage? 4. Sind die aufgestellten Hypothesen Nullhypothesen oder wissenschaftliche Hypothesen? 5. Wie ist, falls angegeben wird, die Richtung der Beziehung in jeder Hypothese? 6. Sind die Hypothesen überprüfbar? 	

Stichprobe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurde die Stichprobe ausgewählt? 2. Welche Methode wird bei der Stichprobenbildung in der Studie verwendet? Ist sie für das Design geeignet? 3. Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population, wie sie in der Darstellung des Problems bzw. des Ziels der Studie beschrieben ist? 4. Ist die Grösse der Stichprobe angemessen? Wie wird sie begründet? 5. Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Wo liegen die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Forschungsdesign	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches Design wird in der Studie verwendet? 2. Wie wird das Design begründet? 3. Weist das Design eine logische Abfolge von Problemdarstellung, theoretischem Bezugsrahmen, Literaturüberprüfung und Hypothese auf? 	
Interne Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Benennen Sie alle Gefahren für die interne Validität der Studie. 2. Verfügt das Design über geeignete Kontrollen, um den Gefahren für die interne Validität zu begegnen? 	
Externe Validität	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welches sind bezüglich der externen Validität die Grenzen der Verallgemeinerung? 	
Methoden	<ol style="list-style-type: none"> 1. Welche Methode(n) der Datensammlung wird/werden in der Studie eingesetzt? 2. Sind die Methoden der Datensammlung für alle Untersuchungsteilnehmer gleich? 	
Rechtlich-ethische Probleme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wie wurden die Rechte der Untersuchungsteilnehmer geschützt? 2. Welche Hinweise gibt es, dass von den Untersuchungsteilnehmern die informierte Zustimmung eingeholt wurde? 	
Instrumente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Physiologische Messungen <ol style="list-style-type: none"> a) Wird erklärt, weshalb ein bestimmtes Instrument / Verfahren ausgewählt wurde? b) Welche Vorkehrungen wurden getroffen, um die Genauigkeit des Instruments sicherzustellen? 2. Beobachtungsmethoden <ol style="list-style-type: none"> a) Wer führte die Beobachtungen durch? b) Wie wurden die Beobachter geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? c) Gab es Richtlinien für die Beobachtungen? d) Mussten die Beobachter Folgerungen aus ihren Beobachtungen ableiten? e) Gibt es Grund zur Annahme, dass die Anwesenheit der Beobachter das Verhalten der Untersuchungsteilnehmer beeinflusst hat? 3. Interviews <ol style="list-style-type: none"> a) Wer waren die Interviewer? Wie wurden sie geschult, um Verfälschungen auszuschliessen? b) Gibt es Anzeichen für Verfälschungen durch Interviewer? Wenn ja, welche? 	

	<p>4. Fragebögen</p> <p>a) Welchem Typ ist der Fragebogen zuzuordnen und wie ist er gestaltet (z.B. Likertskala, offene Fragen)? Stimmt er/ stimmen sie mit der konzeptuellen Definition überein?</p> <p>5. Verfügbare Daten und Aufzeichnungen</p> <p>a) Werden die verwendeten Aufzeichnungen dem zu erforschenden Problem gerecht?</p> <p>b) Werden diese Daten zur Beschreibung der Stichprobe oder zur Überprüfung der Hypothese verwendet?</p>	
Reliabilität und Validität	<p>1. Welche Reliabilität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>2. Welcher Grad wird für die Reliabilität angegeben? Ist er akzeptabel?</p> <p>3. Welche Validität wird für jedes Instrument angegeben?</p> <p>4. Reicht die Validität für jedes Instrument aus? Weshalb?</p>	
Datenanalyse	<p>1. Welches Messniveau wird für die Bewertung einer jeden Hauptvariablen gewählt?</p> <p>2. Welche deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden werden angegeben?</p> <p>3. Entsprechen diese deskriptiven bzw. schliessenden statistischen Methoden dem Messniveau für jede Variable?</p> <p>4. Sind die schliessenden statistischen Methoden in Hinblick auf die Zielsetzung der Hypothese(n) ausreichend?</p> <p>5. Gibt der Autor das für die Studie festgelegte Signifikanz-niveau an? Wenn ja, welches?</p> <p>6. Wenn Tabellen zu grafische Darstellungen benutzt werden, entsprechen sie den folgenden Kriterien?</p> <p>a) Sie sind eine Ergänzung zum Text und helfen, ihn sinnvoll zu gestalten.</p> <p>b) Die dazugehörigen Titel und Überschriften sind präzise formuliert.</p> <p>c) Im Text findet keine blosser Wiederholung der Tabellen statt.</p>	
Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen	<p>1. Werden bei der Überprüfung von Hypothesen dies bestätigt oder nicht bestätigt?</p> <p>2. Werden die Ergebnisse vor dem Hintergrund der Problemstellung/des Ziel, der Hypothese und des theoretischen Bezugsrahmens/der Literatur interpretiert?</p> <p>3. Welches sind nach Angaben des Forschers mögliche Grenzen und /oder Probleme der Studie bezogen auf Design, die Methode und die Stichprobe?</p> <p>4. Wie schätzt der Forscher die Relevanz für die Pflegepraxis ein?</p> <p>5. Welche Verallgemeinerungen gibt es?</p> <p>6. Sind die Verallgemeinerungen durch die Ergebnisse gedeckt oder gehen sie darüber hinaus?</p> <p>7. Welche Empfehlungen für weitere Forschungsarbeiten werden gegeben oder impliziert?</p>	

Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ist die Studie sinnvoll? Das heisst, werden ihre Schwachstellen durch ihre Stärken aufgehoben? 2. Gibt es Studien mit ähnlichen Ergebnissen? 3. Welche Risiken/Vorteile gäbe es für die Patienten, wenn die Forschungsergebnisse in der Praxis angewandt würden? 4. Ist die direkte Anwendung der Forschungsergebnisse praktikabel, was den Aufwand an Zeit, Geld und Mühen sowie rechtlich-ethischen Risiken anbelangt? 5. Wie und unter welchen Bedingungen sind die Ergebnisse in der Pflegepraxis umsetzbar? 6. Sollten diese Ergebnisse in der Pflegepraxis benutzt werden? 7. Wäre es möglich, diese Studie in einem anderen klinischen Setting zu wiederholen? 	
---	--	--

Abbildung 3: Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Studien nach LoBiondo-Wood et al. (2005)

Beurteilung einer qualitativen Studie

Quelle:

Forschungsfrage:

Glaubwürdigkeit

1. Wurde die Forschungsfrage klar formuliert?	<i>Forschungsthema in seinem Umfeld diskutiert? Ziele der Untersuchung definiert?</i>
2. Welches qualitative Design wurde mit welcher Begründung gewählt?	<i>z. B. Ethnographie, Grounded Theory, Phänomenologie</i>
3. Wurde eine Literaturrecherche durchgeführt?	<i>Zu welchem Zeitpunkt der Untersuchung? Begründung?</i>
4. Wurden die Teilnehmer passend zur Forschungsfrage ausgewählt und die Auswahl begründet?	<i>Wie erfolgte die Auswahl?</i>
5. Wurden die Teilnehmer, ihr Umfeld und die Forscher ausreichend beschrieben?	<i>Aus der Perspektive des Forschers?</i>
6. Wurde die Datensammlung detailliert beschrieben?	<i>Methode der Datensammlung?</i>
7. Wie erfolgte die Analyse der Daten?	<i>Codes, Muster, Themen? Verschiedene Hermeneutik</i>
8. Erfolgte die Datensammlung bis zur Sättigung?	<i>Wenn nein: warum nicht?</i>

Aussagekraft

9. Sind die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar?	<i>Prozess von der Datensammlung hin zur Entwicklung von Themen transparent? Zitate?</i>
10. Wurden die Ergebnisse bestätigt?	<i>Konsens im Forscherteam? Validierung durch Teilnehmer?</i>

Anwendbarkeit

11. Helfen mir die Ergebnisse der Studie, die untersuchten Personen in ihrer Umgebung besser zu verstehen?
12. Gibt es konkrete Möglichkeiten der Anwendung?

Benotung der Glaubwürdigkeit (Bias-Vermeidung): 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6

<http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=351>

V 1.1

aus: Behrens, J., & Langer, G. (2004): *Evidence-based Nursing*. Hans Huber: Bern.

Abbildung 4: Beurteilung einer qualitativen Studie nach Behrens et al. (2004)

Anhang D Mindestpunktzahlen für Einbezug der Studien

Design	Bewertungsraster	Anzahl Items	Einbezug ab Note E (>65% erreichte Punkte)
Systematisches Review	Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse	12	ab 7,8
RCT, Interventionsstudie	Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Interventionsstudie	15 (14+1)	ab 9,8
Sonstige quantitative Studie	LoBiondo-Wood und Haber (2005) Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Studien	14	ab 9,1
Qualitative Studie	Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer qualitativen Studie	13 (12+1)	ab 8,5

Abgesehen vom Evaluationsraster von LoBiondo-Wood und Haber (2005) fehlt den Rastern die Berücksichtigung ethischer Aspekte. Aus diesem Grund wird auf diesen Punkt im Rahmen der Bewertung bei den entsprechenden Studien separat eingegangen (entsprechend +1 in obiger Tabelle). Bei systematischen Reviews wird hiervon abgesehen, da dies aufgrund des Designs nicht relevant ist.

Anhang E Notenverteilung der Bewertungsraster

Zur Interpretation der Ergebnisse wurden den einzelnen Studien basierend auf der erreichten Punktzahl nach dem international gängigen Notensystem von A bis F bewertet. Die Umrechnungsschlüssel der vier herangezogenen Bewertungsraster werden anhand nachfolgender Tabelle dargestellt. Für eine Note A mussten mindestens 95% der Maximalpunktzahl erreicht werden, für Note B mindestens 87,5%, für Note C mindestens 80%, für Note D mindestens 72,5%, für Note E mindestens 65% und unter 65% würde die Note F vergeben.

Bewertungsraster	Mindestpunktzahl je Note					
	A	B	C	D	E	F
Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse	11,4	10,5	9,6	8,7	7,8	7,8
Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Interventionsstudie	14,3	13,1	12,0	10,9	9,8	9,8
LoBiondo-Wood und Haber (2005) Richtlinien für die kritische Bewertung von quantitativen Studien	13,3	12,3	11,2	10,2	9,1	9,1
Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer qualitativen Studie	12,4	11,4	10,4	9,4	8,5	8,5

Tabelle 5: Notenverteilung der Bewertungsraster

Anhang F Übersicht der zusammengefassten und bewerteten Studien

Studie	Thema und Ziel	Population	Design	Land	Note
Fritzsche (2008)	Auswirkungen auf Lebensqualität. Instrumente für Belastungsassessments. Psychedukative Interventionen.	PT und RT	systematisches Literaturreview	Verschiedene	B
Hedestig (2005a)	Erleben des Lebens nach Radiotherapie.	10 RT	qualitative Inhaltsanalyse	Schweden	B
Hedestig (2005b)	Erleben des Lebens nach Prostatektomie.	10 PT	qualitative Inhaltsanalyse	Schweden	B
Hunter (2007)	Konservative Interventionen bei Harninkontinenz nach Prostatektomie.	PT	systematisches Literaturreview	Verschiedene	A
Lev (2009)	Einflussfaktoren auf Lebensqualität 6 und 12 Monate nach Behandlungsende, Unterschiede RT und PT.	159 RT und PT	nicht-experimentell: Längsschnittstudie	USA	A
Matthew (2005)	Hilfsmittel und Lebensqualität bei erektiler Dysfunktion.	PT	systematisches Review	Verschiedene	D
McCorkle (2007)	Einfluss einer standardisierten Pflegeintervention auf Sexualität, Partnerschaft und Depression.	107 Paare PT	RCT	USA	E
Palmer (2003)	Angewendetes Coping bei Harninkontinenz.	166 PT	Gemischt. nicht-experimentelle Querschnittstudie / qualitative Inhaltsanalyse	USA	D
Parker (2009)	Präoperative Stressmanagement-Intervention: Effekte auf Stimmungsveränderungen und Lebensqualität.	159 PT	RCT	USA	A
Petry (2004)	Erfahrungen, Erwartungen und Präferenzen von Paaren in den ersten Monaten nach Prostatektomie.	10 Paare PT	qualitative Querschnittstudie, phänomenologisch, Grounded Theory	Schweiz	C
Ptacek (2002)	Zusammenhang zwischen Unterstützung, Coping und Anpassung.	57 RT	nicht-experimentell: Querschnittstudie	USA	B
Resendes (2006)	Psychosoziale Reaktionen der Partnerinnen.	PT	systematisches Literaturreview	Verschiedene	E
Robinson (1999)	Klassifizierung spitalexterner Pflegeinterventionen.	32 PT	nicht-experimentell: deskriptive Erhebungsstudie	USA	B
Rondorf-Klym (2003)	Biopsychosoziale Einflussfaktoren auf Lebensqualität.	88 PT	nicht-experimentell: Querschnittstudie	USA	D
Scholz (2008)	Einfluss von Unterstützung durch Partnerinnen auf Lebensqualität der Patienten.	77 Paare PT	nicht-experimentell: Längsschnittstudie	Deutschland oder Schweiz	A
Tärnhuvud (2007)	Pflegeinterventionen zur Verbesserung der Gesundheit.	RT	systematisches Literaturreview	Verschiedene	E
Wootten (2007)	Zusammenhang von psychischen Variablen mit der Beziehungsqualität.	167 RT und PT	nicht-experimentell: Querschnittstudie	Australien	B

Tabelle 6: Übersicht der zusammengefassten und bewerteten Studien

Legende: RT = Patienten nach Radiotherapie, PT = Patienten nach Prostatektomie, RCT = randomisiert-kontrollierte Studie
Noten A-E gemäss Notenverteilung der Bewertungsraster (Anhang E)

Anhang G SOFT - Analyse nach Fink und Götze (1996)

S wie super	O wie Optionen
<p>Was verdient das Prädikat super?</p> <p>Weshalb ist es so gut gelungen?</p> <p>Was empfand ich als Stärke?</p> <p>Was möchte ich unbedingt beibehalten?</p>	<p>Was wäre noch möglich gewesen?</p> <p>Was waren nicht genutzte Gelegenheiten, Möglichkeiten und Chancen?</p> <p>Wo lagen gute Ansätze, die jedoch zu wenig genutzt wurden?</p>
F wie Fehler	T wie Tretminen
<p>Was empfand ich als Fehler, Misserfolg Schwäche?</p>	<p>Wie können die aufgetretenen Probleme ein nächstes Mal vermieden werden?</p>

Tabelle 7: SOFT-Analyse nach Fink und Götze (1996)

Anhang H Zusammenfassungen und Bewertungen der Studien

Fritzsche, K., Diederich, D., & Schultze-Seemann, W. (2008). Psychooncology of prostate carcinoma - psychosocial distress and treatment. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 54(4), 329–353.

Ziel: Es wurden Antworten gesucht auf folgende drei Fragestellungen: Welche Auswirkungen haben Diagnose und Behandlung auf Lebensqualität? Welche Screeninginstrumente können empfohlen werden? Welche psychoedukativen und psychotherapeutischen Interventionen zur Verbesserung des emotionalen Befindens, der Lebensqualität und der psychosozialen Probleme gibt es?

Design: Systematisches Literaturreview

Methode: In das systematische Literaturreview wurden Quer- und Längsschnittstudien zu psychosozialen Belastungen sowie RCTs zur Beurteilung der Wirksamkeit von psychosozialen Interventionen einbezogen. Diese umfassten alle psychoedukativen, psychosozialen und psychotherapeutischen Interventionen mit mindestens drei Sitzungen. Die Population umfasste Patienten mit Diagnose Prostatakarzinom in allen Stadien ohne Einschränkungen der Behandlungsart oder des Alters. Es wurden letztlich 13 kontrollierte Studien einbezogen, die nach einem mehrstufigen Verfahren mit genau definierten Ausschlusskriterien von ursprünglich 87 in Frage kommenden Studien übrig blieben. Zu den Ausschlusskriterien gehörten unter anderem das Fehlen einer Kontrollgruppe, der Vergleich von somatischen Behandlungsverfahren oder der Einbezug von unterschiedlichen Krebsarten.

Ergebnisse:

Lebensqualität, psychosoziale Belastungen und emotionales Befinden:

- 30% bis 90% gaben Einschränkungen der Lebensqualität an. Harninkontinenz und erektile Dysfunktion standen dabei im Vordergrund. Nach Prostatektomie gaben 80% der Patienten an, unter erektiler Dysfunktion zu leiden, bei 35% der Patienten war dies schon vor dem Eingriff der Fall. Nervenschonende Operationsmethoden führten innerhalb von 18 Monaten bei 68% der Männer zu einer Erholung der erektilen Dysfunktion und bei 92% der Männer zu einer Erholung der Harninkontinenz.
- Partnerinnen gaben stärkere psychosoziale Belastungen an als die Männer, wobei Angst vor der Zukunft und der Therapie, depressive Symptome, mangelhafte Information und Kommunikationsmangel mit dem Partner im Vordergrund standen. Die Qualität der Partnerschaft und das Kommunikationsverhalten waren entscheidend für die Krankheitsbewältigung.
- Die Prävalenz für emotionale Belastungen, Angst und Depression lag zwischen 13% und 38%. Prädiktoren für emotionale Belastungen waren fehlende familiäre oder sonstige Unterstützung, negative zwischenmenschliche Interaktionen, Nebenwirkungen der Behandlung, fortgeschrittene Erkrankung sowie depressive Erkrankung in der Vorgeschichte
- Zwischen 13% und 28% der Männer hatten hohe Angstwerte vor einem Rezidiv. Diese Angst korrelierte mit empfundenen körperlichen Symptomen und instabilen PSA-Werten, nicht jedoch mit der absoluten Höhe des PSA-Wertes. Die meisten Männer versuchten, die emotionalen Belastungen ohne Hilfe zu bewältigen.

Screeninginstrumente für psychosoziale Belastungen:

Es wurden drei Screeninginstrumente aufgelistet: Das Hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS) für allgemeine emotionale Belastungen, das Distress-Thermometer des NCCN (National Comprehensive Cancer Network) und ein prostataspezifischer Angst-Fragebogen (MAX-PC). Für die Erfassung körperlicher, emotionaler, sozialer und familiärer Belastungen inklusive der Erteilung von Empfehlungen für die psychosoziale Weiterbehandlung bei einem Zeitaufwand von zwei Minuten wurde das Distress-Thermometer empfohlen.

Psychosoziale Interventionen:

- Peer-support
Signifikante Abnahme der Depression, Zunahme der Selbstwirksamkeit und geringere Beeinträchtigung durch erektile Dysfunktion. Die Intervention bestand aus wöchentlichen Treffen von speziell geschulten Langzeitüberlebenden, sogenannten Support-Partnern, mit aktuellen Patienten nach Prostatektomie über einen Zeitraum von acht Wochen. Beginn maximal sechs Wochen postoperativ.
- Kognitiv-behaviorale Gruppentherapie
 - Signifikante Zunahme der Lebensqualität durch ein wöchentlich je zweistündiges Stressmanagementprogramm über zehn Wochen. Dieses bestand aus je 90 Minuten interaktivem Vortrag und 30 Minuten Relaxationstraining. Den zugrunde liegenden Studien wurde methodisch hohe Qualität attestiert. Durchgeführt wurde die Intervention von Psychologen. Interventionsbeginn war maximal zwölf Monate nach Therapiebeginn.
 - Informationsintervention in Gruppen zu Prostatakarzinom und dessen Behandlung mit der Möglichkeit, Angehörige einzubeziehen führte zu erhöhtem Wissen, weniger sexuellen Problemen und verlängerter Berufstätigkeit. Patienten mit niedriger Schulbildung profitieren besonders. Die Aussagekraft wird als begrenzt eingeschätzt, die Studie habe aber gezeigt, dass auch niederschwellige psychoedukative Interventionen wirksam sein können. Durchgeführt wurde die Intervention von Ärzten. Interventionsbeginn war durchschnittlich zwei Monate nach Diagnosestellung.
 - Ein sechsmonatiges gruppentherapeutisches Programm zur Verbesserung der Lebensqualität und des emotionalen Wohlbefindens zeigte keine signifikanten Effekte. Durchgeführt wurde die Intervention von Psychologen.
- Paartherapie
 - Psychoedukative Telefonintervention für Paare zur Information über die Erkrankung und zu Nebenwirkungen sowie zu Bewältigungsstrategien zeigte mittlere Effektstärken, die wegen kleiner Stichprobe aber statistisch nicht signifikant waren. Durchgeführt wurde die Intervention von Psychologen. Interventionsbeginn war ein Monat bis vier Jahre nach Therapiebeginn.
 - Ein Programm mit zwei direkten und vier telefonischen Sitzungen zu Inkontinenz, erektiler Dysfunktion, Qualität der Paarbeziehung, Depression und Ängsten führte zu signifikanter Verbesserung der sexuellen Funktion. Keine signifikanten Änderungen jedoch bei der Lebensqualität, depressiven Symptomatik und der Qualität der Paarbeziehung. Durchgeführt wurde die Intervention von Pflegekräften.
 - Bei einer Kurzzeitintervention mit vier Beratungsgesprächen mit und ohne Anwesenheit des Partners zeigten sich bei Partnerinnen und Patienten kurzfristige Verbesserungen der sexuellen Zufriedenheit und bei den Männern eine kurzfristige Abnahme der Stressbelastung sowie eine bessere Inanspruchnahme von therapeutischen Massnahmen zur Behandlung der erektilen Dysfunktion. Verbesserungen der Lebensqualität wurden nicht festgestellt. Durchgeführt wurde die Intervention von Pflegefachpersonen drei Monate bis fünf Jahre nach Therapiebeginn.
 - Eine supportive und edukative Intervention zuhause und am Telefon über vier Monate zu Kommunikation, Zielerreichung, Stressbewältigung, Copingstrategien und Symptomkontrolle zeigte geringe Effekte beim Patienten in Bezug auf Unsicherheit und partnerschaftlicher Kommunikation. Partnerinnen berichteten von besserer Lebensqualität, mehr Selbstwirksamkeit und besserer partnerschaftlicher Kommunikation. Desweiteren ergab sich weniger Belastung durch die Pflege, weniger Unsicherheit, Hoffnungslosigkeit und körperliche Symptome. Die Effekte dauerten über 12 Monate hinweg an. Durchgeführt wurde die Intervention von Pflegekräften.
 - Sechs psychoedukative Gruppensitzungen für Partnerinnen, durchgeführt von Spezialisten der Fachbereiche, zeigten keine signifikanten Unterschiede zu psychosozialen

Belastungen. Geringe Effekte beim Coping, der partnerschaftlichen Kommunikation und der persönlichen Wertschätzung. Geringere Effekte als bei Paarinterventionen.

- Psychoedukative Einzelinterventionen

- Telefonische psychoedukative Intervention über acht Wochen zum Erleben der Patienten, Aktivierung von Ressourcen, Kontrolle von Symptomen, Problemlösungs- und Kommunikationsstrategien mit Zugabe von Informationsmaterial zeigte Verbesserungen bei der Bewältigung von Verunsicherung, Sexualstörungen und Harninkontinenz. Patienten mit niedriger Schulbildung profitierten besonders. Durchgeführt von Pflegefachpersonen, wenige Wochen nach Beginn der Radiotherapie oder Prostatektomie.
- Eine Pilotstudie zu psychoedukativen Telefoninterventionen über 12 Monate hatte eine sehr geringe Teilnehmerzahl und zeigte keine statistisch signifikanten Unterschiede in Bezug auf Lebensqualität, erektiler Dysfunktion und Partnerbeziehung. Jedoch äusserten sich die Teilnehmer in strukturierten Interviews sehr positiv über die Beratung und Unterstützung.

Diskussion: Wiederkehrende Probleme sind Unsicherheit, Angst, depressive Symptomatik und spezifische behandlungsbedingte Probleme mit ihren Auswirkungen auf die Partnerschaft. Fast alle Interventionsstudien untersuchten die Lebensqualität und das emotionale Befinden nebst der Überprüfung der Wirksamkeit der Interventionen auf Harninkontinenz, erektile Dysfunktion und Auswirkungen auf Partnerschaft. Meist wurden Patienten nach Prostatektomie betrachtet. Die meisten Interventionen waren psychoedukativer Natur, durchgeführt von Psychologen, Spezialisten oder geschulten Pflegefachpersonen. Sechs Studien schlossen auch Partnerinnen mit ein. Schon die Verlaufsstudien zeigen, dass die Partnerinnen stärker belastet sind als die Patienten. Die Effektstärken sind bei erektiler Dysfunktion, Harninkontinenz und partnerschaftlicher Kommunikation mittelstark, beim emotionalem Befinden und der Lebensqualität nicht vorhanden bis gering. Patienten mit geringer Schulbildung oder fehlender sozialer Unterstützung profitieren besonders von Information und Beratung. Fast alle Interventionsstudien haben Schwächen bei Randomisierung und Verblindung. Die Katamnesezeiträume waren meistens sehr kurz. Die einbezogenen Studien waren heterogen in Bezug auf Interventionen, Messinstrumente und Ergebnisse, so dass keine Metaanalyse, sondern eine qualitative Analyse des Evidenzlevels vorgenommen wurde. Mittlere Evidenz ist gegeben für Interventionen zur erektilen Dysfunktion und Harninkontinenz sowie für die Aussage, dass Partnerinnen stärker von Interventionen profitieren als Patienten. Nur geringe Evidenz findet sich in Bezug auf Aspekte der Lebensqualität und des emotionalen Befindens. Die Autoren empfehlen, dass das in dieser Arbeit beschriebene gesicherte Wissen über psychosoziale Belastungen bei Prostatakarzinom und die gesicherte wissenschaftliche Evidenz für Interventionen Eingang in die psychoonkologische Fort- und Weiterbildung finden sollte.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse:

Glaubwürdigkeit: 6.5/7

1. Es wurden drei sehr konkrete und klar formulierte Fragestellungen untersucht. (1)
2. Die genau definierten und angegebenen Ein- und Ausschlusskriterien sind den Fragestellungen angepasst. (1)
3. Die Suche fand auf den Datenbanken PubMed, Embase, PsycINFO und Cochrane für den Zeitraum 1980 bis 2007 statt. (1)
4. Es wurde selbst in den Literaturlisten der Studien noch nach weiteren, in der elektronischen Suche noch nicht gefundenen Studien gesucht. Es wurde die methodische Qualität anhand wissenschaftlicher Empfehlungen und einer definierten Checkliste überprüft. (1)
5. Die Beurteilung der Studien ist nachvollziehbar und detailliert angegeben. (1)
6. Es sind keine negativen Aussagen zu einer fehlenden Übereinstimmung der Forscher in ihrer Bewertung der Studien gemacht worden, diese wurde aber auch nicht explizit

erwähnt. (0.5)

7. Die Studien waren für eine Metaanalyse nicht homogen genug. Aufgrund der weit gefassten Fragestellungen war dies auch nicht zu erwarten und auch nicht gefordert. (1)

Aussagekraft: 2/2

8. Die Ergebnisse sind sehr gut belegt, kategorisiert und in angemessener Tiefe dargestellt. Ergänzt wird die Darstellung durch eine tabellarische Übersicht. (1)
9. Die Ergebnisse sind genau dargestellt und anschliessend kritisch von den Forschenden diskutiert worden. (1)

Anwendbarkeit: 2.5/3

10. Die Ergebnisse sind prinzipiell gut übertragbar, es wird der Aspekt der psychoedukativen Interventionen bei Patienten nach Prostatakarzinom sehr gut abgedeckt. Allerdings werden die Interventionen nur teilweise durch Pflegefachpersonen durchgeführt. (0.5)
11. Die für die vorliegende Arbeit wichtigen Ergebnisse wurden aus den Studien extrahiert. (1)
12. Der Nutzen der Interventionen und die Notwendigkeit für weitere Forschung auf diesem Gebiet werden aufgezeigt. (1)

Die Studie erhält 11 von 12 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Hedestig, O., Sandman, P. O., Tomic, R., & Widmark, A. (2005a). Living after external beam radiotherapy of localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Cancer Nursing*, 28(4), 310–317.

Ziel: Ein tieferes Verständnis des Erlebens des Lebens nach Behandlung eines Prostatakarzinoms mit externer Radiotherapie erlangen.

Design: Qualitative Inhaltsanalyse

Setting: Zuhause bei den Patienten in Nordschweden

Stichprobe: 10 Patienten mit Prostatakarzinom nach externer Radiotherapie. Alter 60 bis 70 Jahre, PSA unter 10ng/ml, keine weiteren chronischen Erkrankungen. Therapieende vor mindestens 6 Monaten und maximal vor 3 Jahren. Ausgeschlossen wurden Patienten, die dem Interviewer persönlich bekannt waren. Von den 10 Teilnehmern waren 9 verheiratet, alle lebten zuhause, 5 waren berufstätig, 5 pensioniert.

Methode: Die Interviewtexte wurden in mehreren Schritten analysiert. Zuerst verschafften sich die Forscher einen Überblick bevor sechs Klassen gebildet wurden: ein Krebspatient sein, Pflege, Behandlung, Nebenwirkungen, Nachbetreuung und Coping. Danach wurde kodiert wodurch sich vier Kategorien herausbildeten: die Erfahrung Kontrolle zu verlieren, die Erfahrung ausgeliefert zu sein, Konsequenzen im Alltag und Bewältigungsstrategien. In einem letzten Schritt wurden jede Kategorie reflektiert und damit vier Überthemen identifiziert.

Ergebnisse: Die vier Überthemen sind „Die emotionelle Erfahrung der Krankheit alleine tragen“, „Sich entblösst fühlen“, „Gefühl der Kontrolle in einer neuen Lebenssituation anstreben“ und „Übereinstimmung mit einer neuen Lebenssituation anstreben“.

„Die emotionelle Erfahrung der Krankheit alleine tragen“: Die Patienten hatten die selbstgewählte Strategie, nicht mit Familie und Freunden über die Krankheit und die Behandlung einerseits als auch nicht über die Prognose und die Zukunft zu sprechen. Aber sie waren bereit, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und haben dies auch getan. Keiner der Betroffenen hat beispielsweise die Entscheidung für die gewählte Behandlungsoption mit seiner Frau besprochen. Sorgen und Ängste behielten sie für sich und geben als Strategien für den Umgang damit Ausflüge in die Natur und körperliches Arbeiten an.

„Sich entblösst fühlen“: Die Interviewten beschrieben einen Widerwillen, sich bezüglich ihres Körpers und der schwindenden sexuellen Kraft zu entblößen. Darunter verstanden sie etwa, über erektile Dysfunktion zu sprechen. Das Gefühl der Entblössung war vor allem im Kontakt mit weiblichen Pflegefachpersonen gegeben, wenn während der Behandlungszeit von sieben Wochen täglich die Genitalregion gegenüber den Ärzten und oft weiblichen Pflegefachpersonen entblösst werden musste. Im Gespräch mit anderen Betroffenen wurde das Thema sexuelle Dysfunktion nicht angesprochen, die Themen waren vielmehr Inkontinenz und PSA-Werte

„Gefühl der Kontrolle in einer neuen Lebenssituation anstreben“: Den Interviewten war dabei wichtig, bei drei Aspekten die Kontrolle zu erlangen: im Umgang mit der Radiotherapie, beim Fortschritt der Erkrankung und im Alltag. Die Radiotherapie wurde als Mysterium erlebt, über die keine Kontrolle möglich ist und umso frustrierender sei es gewesen, wenn sich das Personal als wenig kompetent herausstellte. Die Regelmässigkeit der Nachkontrollen wurde als sehr wichtig erlebt, da sie Sicherheit vermittelte. Gleichzeitig war auch eine Angst vor der PSA-Messung vorhanden. Im Alltag beeinträchtigte die Harn- und Stuhlinkontinenz den Alltag. Auch hier versuchten die Interviewten, Kontrolle zu erhalten, indem sie Einlagen trugen, ihre Mahlzeiten genau planten und etwa darauf achten, dass ein WC in erreichbarer Nähe war.

„Übereinstimmung mit einer neuen Lebenssituation anstreben“: Den Männern ging es darum, im Hier und Jetzt zu leben, sich mit anderen Betroffenen auszutauschen und Vertrauen in die Medizin zu haben.

Diskussion: Im Diskussionsteil werden Aspekte der vorliegenden Untersuchung genauer beleuchtet und teils mit Befunden aus der aktuellen Literatur abgeglichen und erklärt. So wird die Bedeutung spezifisch auf die Bedürfnisse von Patienten mit Prostatakarzinom geschulten Pflegefachpersonen hervorgehoben. Desweiteren zeigte sich die Notwendigkeit, dass die Männer

ihre intimen Probleme mit männlichen Pflegefachpersonen und Ärzten besprechen können. Der Wunsch nach männlichen Beratungspersonen im Gesundheitssystem wird verglichen mit Untersuchungen zum entsprechenden Phänomen von Frauen, die von männlichen Gynäkologen untersucht werden. Es wird die Möglichkeit betrachtet, dass derselbe Mechanismus wirkt, nämlich ein kulturell beeinflusster Referenzrahmen der Patienten und ein medizinischer Referenzrahmen der Ärzte. Die Wichtigkeit für die eigene Kontrolle, über zentrale Parameter der Erkrankung informiert zu sein steht in Übereinstimmung mit Untersuchungen bei anderen Erkrankungen wie etwa dem Diabetes Typ I. Zum Gefühl, dass die Verantwortung für die Wahl der Behandlung selbst zu tragen ist, wird spekuliert ob dies zu dem gesteigerten Bedürfnis nach Kontrolle nach Behandlungsende führt. Andere Studien zeigten, dass viele Patienten eine geteilte Entscheidungsmacht wünschen oder die finale Behandlungsentscheidung gar ganz dem Arzt überlassen möchten. Die Erkenntnis, dass prostataspezifische Gesundheitsprobleme nicht mit den Ehefrauen geteilt werden und dass nur wenig partnerschaftliche Kommunikation über die Auswirkungen des Prostatakarzinoms auf ihr Leben stattfindet, stimmt mit anderen Untersuchungen überein. Die Einsamkeit der Entscheidungsfindung kann in Einklang mit anderen Studien auch so angesehen werden, dass versucht wird, nahestehende Personen nicht zu beunruhigen und sie zu schützen.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer qualitativen Studie:

Glaubwürdigkeit: 7/8

1. Die Forschungsfrage wurde klar formuliert. (1)
2. Das gewählte qualitative Design wurde zwar benannt aber nicht begründet. (0.5)
3. Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt. (1)
4. Die Auswahl der Teilnehmer wurde ausführlich begründet und beschrieben und ist passend zur Fragestellung. (1)
5. Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden ausreichend beschrieben, allerdings fehlen Angaben zu den Forschern, von denen lediglich die Namen und ihr Departement bekannt sind. Mögliche Einflüsse auf die Studienresultate aufgrund von Forschungsschwerpunkten können nicht abgeleitet werden. (0.5)
6. Der Ablauf der Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. (1)
7. Die Datenanalyse wurde wie oben angegeben ausführlich beschrieben. (1)
8. Es wurde ein zweiter Interviewdurchlauf bei acht Teilnehmern durchgeführt, um einzelne Themen weiter zu vertiefen. (1)

Aussagekraft: 2/2

9. Die Ergebnisse wurden ausführlich mit Zitaten belegt und sind nachvollziehbar. (1)
10. Die Ergebnisse wurden diskutiert und mit aktuellen Studienergebnissen abgeglichen und somit weiterer Forschungsbedarf identifiziert. (1)

Anwendbarkeit: 2/2

11. Die beschriebene Zielgruppe wird mit der Untersuchung sehr anschaulich und differenziert betrachtet. Zusammen mit der Diskussion der Resultate ermöglicht dies ein verbessertes Verständnis von Patienten mit Prostatakarzinom nach externer Radiotherapie. (1)
12. Bei der Ausgestaltung von Interventionen, die auf diese Population abzielen, lassen sich die Resultate konkret umsetzen. In sehr niederschwelliger Form wäre beispielsweise der bevorzugte Einsatz männlichen und fachkompetenten Pflegepersonals während der Therapie zu sehen. (1)

Ethik: 1/1

Das Ethikkomitee der Fakultät für Medizin an der Universität von Umea, Schweden hat die Untersuchung genehmigt.

Die Studie erhält 12 von 13 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Hedestig, O., Sandman, P. O., Tomic, R., & Widmark, A. (2005b). Living after radical prostatectomy for localized prostate cancer: a qualitative analysis of patient narratives. *Acta oncologica*, 44(7), 679–686.

Ziel: Ein tieferes Verständnis des Erlebens des Lebens nach Behandlung eines Prostatakarzinoms mit Prostatektomie erlangen.

Design: Qualitative Inhaltsanalyse

Setting: Zuhause bei den Patienten in Nordschweden

Stichprobe: 10 Patienten mit Prostatakarzinom nach Prostatektomie. Alter 63 bis 69 Jahre, PSA unter 10ng/ml, keine weiteren chronischen Erkrankungen. Prostatektomie vor mindestens 6 Monaten und vor maximal 3 Jahren. Ausgeschlossen wurden Patienten, die dem Interviewer persönlich bekannt waren. Von den 10 Teilnehmern waren 9 verheiratet und einer verwitwet. Alle lebten zuhause und waren pensioniert.

Methode: Die Leitfragen waren „Was bedeutete es für Sie, die Diagnose Prostatakarzinom zu erhalten“ und „Was waren ihre Erfahrungen damit, wegen des Prostatakarzinoms operiert zu werden“. Die Interviewtexte wurden in mehreren Schritten analysiert. Zuerst verschafften sich die Forscher einen Überblick, bevor drei Klassen gebildet wurden: Nebenwirkungen nach der Operation erfahren, ein Krebspatient sein, mit der neuen Lebenssituation zurechtkommen. Danach wurde offen kodiert und damit vier verschiedene Kategorien identifiziert: Erfahrungen mit einem veränderten Körper, Konsequenzen für den Alltag, Bewältigungsstrategien und Erfahrungen der Sicherheit. In einem letzten Schritt wurde jede Kategorie reflektiert und damit vier Überthemen identifiziert.

Ergebnisse: Die vier Überthemen sind „Ein veränderter Mann werden“, „Gefühl der Kontrolle in einer neuen Lebenssituation anstreben“, „Eine neue Lebenssituation managen“ und „Übereinstimmung mit einer neuen Lebenssituation anstreben“.

„Ein veränderter Mann werden“: Dies wurde vor allem als Konsequenz der Nebenwirkungen Harninkontinenz und erektile Dysfunktion gesehen. Drei Perspektiven waren dabei wichtig: Veränderte Körperfunktionen, eine veränderte Lebensweise und ein verändertes Selbstbewusstsein. Die Männer strebten danach, wieder so leben zu können wie vor der Operation. Der Verlust der Erektionsfähigkeit veränderte radikal ihr Sexualleben und führte dazu, dass sie sich nicht länger als ganzen Mann sahen und es daher ihr Selbstbewusstsein beeinträchtigte. Die Harninkontinenz machte es nötig, dass die Männer oft täglich Einlagen tragen und manche gar mehrmals ihre Kleidung wechseln mussten. Das Wohlbefinden wurde mit der physischen Kraft assoziiert.

„Gefühl der Kontrolle in einer neuen Lebenssituation anstreben“: Die Kontrolle bezog sich einerseits auf den Körper und andererseits auf die Krankheit. Erektionshilfen wurden ausprobiert aber als nicht sehr hilfreich empfunden. Für Kontrolle über Harninkontinenz tranken die Männer weniger, gingen häufiger zur Toilette, passten ihre Kleidung an und vermieden Aktivitäten, die den Urinverlust fördern. Möglicher Geruch bei nassen Einlagen und dass Personen im Umfeld diesen bemerken könnten war eine Besorgnis der Männer.

Es wurde ein Bedürfnis nach Kommunikation mit anderen Betroffenen ausgedrückt, um die eigene Situation mit der anderer vergleichen zu können. Bei Gesprächen ging es vor allem um Nebenwirkungen und deren Bewältigung, um generelle Erfahrungen mit der Behandlung und um PSA-Werte. Regelmässige Kontrollbesuche beim Arzt gaben ein Gefühl von Sicherheit und Kontrolle. Die Bedeutung der PSA-Werte wurde hervorgehoben.

„Eine neue Lebenssituation managen“: Den Patienten war es wichtig, ihr Umfeld zu informieren, ihre Zukunft zu planen und mit ihren Sorgen und Ängsten umzugehen. Die Information des Umfeldes ist aber beschränkt, die Männer behielten ihre innersten Gedanken für sich, als eine selbstgewählte Bewältigungsstrategie. Gleichzeitig erfuhren sie aber auch eine enorme Unterstützung durch die Familie. Sie suchten neue Aktivitäten, um mit der Situation zurechtkommen, wie in der Natur sein, Musik hören und machen, etwas arbeiten, ein neues Hobby beginnen und Kontakte knüpfen.

„Übereinstimmung mit einer neuen Lebenssituation anstreben“: Die Patienten versuchten, bewusst

im Hier und Jetzt zu leben, sich daran zu erinnern, dass die Behandlung eigentlich Heilung von der Krankheit bedeuten sollte und ihre Prioritäten so neu zu ordnen, dass sich ihre Lebensqualität erhöht.

Diskussion: Einige Männer wussten vor der Operation nicht über die Nebenwirkungen der Behandlung Bescheid, wobei unbekannt ist, ob dies an mangelnder Aufklärung lag oder ob es sich dabei um Phänomene von Verleugnung und Nichtanerkennung handelt. In anderen Studien wurde jedoch schon über mangelnde Information von Patienten vor Prostatektomie berichtet. Andere Studien beschrieben die Fähigkeit zu physischer Arbeit als wichtigen Aspekt der Männlichkeit und für die Bewältigung von Sorgen und Ängsten. Diese Möglichkeiten hierzu sind bei den vorliegenden Patienten wegen der Harninkontinenz eingeschränkt. Bei Patienten anderer Krebsarten wurde ein Zusammenhang zwischen Wohlbefinden und der Fähigkeit zur Bewältigung gefunden. Der Versuch, sich mit der veränderten Situation in Einklang zu bringen, kann als Versuch angesehen werden, das Wohlbefinden zu erhöhen. Die emotionalen Belastungen wurden von den Patienten meist selbst getragen ohne Inanspruchnahme von Fachpersonen. Jedoch war es für sie von Bedeutung, im Fall der Fälle Zugang zu diesen Fachpersonen zu haben. Die Bedeutung einer Gesundheitseinrichtung, die einfach zugängliche und individualisierte Information und Unterstützung anbietet, kann nicht überbewertet werden.

Die Grenzen der Verallgemeinerung aufgrund des Studiendesigns wurden diskutiert.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer qualitativen Studie:

Glaubwürdigkeit: 6.5/8

1. Die Forschungsfrage wurde klar formuliert. (1)
2. Das gewählte qualitative Design wurde zwar benannt aber nicht begründet. (0.5)
3. Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt. (1)
4. Die Auswahl der Teilnehmer wurde ausführlich begründet und beschrieben und ist passend zur Fragestellung. (1)
5. Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden ausreichend beschrieben, ebenso der Forscher und es werden mögliche Auswirkungen der Tatsache diskutiert, dass der Forscher männlich ist. (1)
6. Der Ablauf der Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. (1)
7. Die Datenanalyse wurde wie oben angegeben ausführlich beschrieben. (1)
8. Über den Grad der Sättigung kann nichts ausgesagt werden, es wurde nur ein Interviewdurchlauf gemacht (0)

Aussagekraft: 2/2

9. Die Ergebnisse wurden ausführlich mit Zitaten belegt und sind nachvollziehbar. (1)
10. Die Ergebnisse wurden diskutiert und mit aktuellen Studienergebnissen abgeglichen und somit weiterer Forschungsbedarf identifiziert. (1)

Anwendbarkeit: 2/2

11. Die umschriebene Zielgruppe wird mit der Untersuchung sehr anschaulich und differenziert betrachtet. Zusammen mit der Diskussion der Resultate ermöglicht dies ein verbessertes Verständnis von Patienten mit Prostatakarzinom nach Prostatektomie. (1)
12. Bei der Ausgestaltung von Interventionen, die auf diese Population abzielen lassen sich die Resultate konkret umsetzen, etwa in Form von Informationsvermittlung vor der Operation und dem Anbieten von punktueller Unterstützung nach der Operation. (1)

Ethik: 1/1

Das Ethikkomitee der Fakultät für Medizin an der Universität von Umea, Schweden, hat die Untersuchung genehmigt. (1)

Die Studie erhält 11.5 von 13 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Hunter, K. F., Moore, K., & Glazener, C. M. (2007). Conservative management for postprostatectomy urinary incontinence. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).

Ziel: Die Effekte konservativen Managements von Harninkontinenz nach Prostatektomie festzustellen.

Design: Systematisches Literaturreview

Methode: Die Suche fand statt auf der Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycLIT und ERIC mit zusätzlicher Handsuche relevanter Artikel. Es wurden randomisierte oder quasi-randomisierte kontrollierte Studien einbezogen, welche konservative Behandlungsmethoden für Harninkontinenz nach Prostatektomie beurteilten. Es wurden sowohl Patienten nach Prostatakarzinom als auch nach benigner Prostatahyperplasie untersucht. Eingeschlossen wurde 17 Studien.

Ergebnisse: Die Behandlungsoptionen umfassten Beckenbodentraining mit und ohne Biofeedback und elektrischer analer Stimulation. Aufgrund der heterogenen Populationen sowie der heterogenen Arten und Zeitpunkten der Interventionen wurde differenziert nach Interventionen zu Prävention und Behandlung von Harninkontinenz. Die Ergebnisse wurden anhand von Pad-Tests und Blasenleerungstagebüchern bestimmt.

Behandlung von Inkontinenz nach Prostatektomie: Für Beckenbodentraining konnte in sieben berücksichtigten Studien kein Effekt nachgewiesen werden. Teilweise war aufgrund kleiner Stichproben keine Signifikanz festzustellen. Für Interventionen, die elektrische oder magnetische Energie einsetzen wie etwa bei der analen elektrischen Stimulation konnte ebenfalls keine Wirkung nachgewiesen werden. Für Kombinationen von Behandlungsarten wurde ebenso keine Wirkung entdeckt. Für Änderungen des Lebensstils wie der Trinkmenge wurden keine Studien gefunden.

Prävention von Inkontinenz vor oder nach Prostatektomie: Nur eine Studie zeigte signifikanten Nutzen von Beckenbodentraining plus Biofeedback, drei andere Studien brachten jedoch widersprüchliche Ergebnisse. Die Ergebnisse anderer Studien lassen aufgrund kleiner Stichprobengrößen, grossen Standardabweichungen und weiten Konfidenzintervallen keine Rückschlüsse zu.

Eindämmung von Inkontinenz: Hilfsmittel zur externen Peniskompression wurden verglichen. Es gibt einen signifikanten positiven Effekt der externen Peniskompression auf die Harninkontinenz. Von drei untersuchten Modellen wurde jenes Modell, das den stärksten Effekt zeigte auch am besten von den Probanden beurteilt. Jedoch zeigte sich bei diesem Modell auch die grösste Reduktion des Blutflusses, wodurch die Möglichkeit von Gefahren für die Sicherheit bei zu enger Anwendung bedacht werden muss.

Diskussion: Die meisten Studien sind von bescheidener methodischer Qualität. Die Konfidenzintervalle waren tendenziell zu weit, abgesehen von neueren Studien. Dies macht es schwierig, verlässliche Effekte zu identifizieren oder auszuschliessen. Verblindung der Intervention war nicht möglich und Verblindung der Ergebnisse wurde offenbar nicht vorgenommen, zumindest nicht diskutiert. Einige Studien hatten Probleme mit Abgängen von Teilnehmern, die zwar beschrieben aber nicht kompensiert wurden. Harninkontinenz verbessert sich anerkanntermassen bei den meisten Männern nach Prostatektomie auch ohne Behandlung. Ob Beckenbodentraining diesen Prozess beschleunigen kann oder nicht lässt sich aufgrund der in allen Studien vorhandenen widersprüchlichen Daten nicht belegen. Lediglich für eine Art der Eindämmung der Harninkontinenz wurde ein statistisch signifikanter Effekt festgestellt. Der Cunningham Clamp, ein Hilfsmittel zur externen Peniskompression, wurde zudem von 10 von 12 Männern als zufriedenstellend bezeichnet. Für kognitiv nicht eingeschränkte Männer könnte dies eine Alternative sein, sofern sie sich der damit verbundenen Sicherheitsrisiken bewusst sind und auf Sicherheitsaspekte wie angemessene Sensibilität achten und das Hilfsmittel bei voller Blase entfernen.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse:

Glaubwürdigkeit: 7/7

1. Es wurde eine sehr konkrete und klar formulierte Fragestellung untersucht. (1)
2. Die Einschlusskriterien zielen darauf ab, eine möglichst hohe Evidenz zu erhalten. (1)
3. Aufgrund der Systematik und der sehr umfassenden Suche ist es sehr unwahrscheinlich, dass relevante Studien übersehen wurden. (1)
4. Bei den verwendeten Studien wurde die Qualität der Verblindung bewertet. (1)
5. Die Beurteilung der Studien ist nachvollziehbar. (1)
6. Die Qualität der Arbeit wurde von zwei Reviewern untersucht (1)
7. Die Studien waren für eine Metaanalyse nicht homogen genug, es wurden aber Untergruppen gebildet, innerhalb derer konsistente Ergebnisse gefunden werden konnten. (1)

Aussagekraft: 2/2

8. Die Ergebnisse sind sehr gut belegt und kategorisiert. Ergänzt werden die Ergebnisse durch die detaillierte Darstellung aller einbezogenen Studien im Anhang. (1)
9. Die Forscher gehen in aller Ausführlichkeit auf die Problematik der weiten Konfidenzintervalle der einbezogenen Studien ein und berücksichtigten dies bei der Auswertung der Ergebnisse. (1)

Anwendbarkeit: 3/3

10. Die Patientenpopulation entspricht abgesehen von den Patienten mit benigner Prostatahyperplasie der Population der vorliegenden Untersuchung. (0.5)
11. Die für die vorliegende Arbeit wichtigen Ergebnisse wurden aus den Studien extrahiert. (1)
12. Der Nutzen einer speziellen Intervention und die Notwendigkeit für weitere Forschung höherer Qualität auf diesem Gebiet werden aufgezeigt. (1)

Die Studie erhält 11.5 von 12 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Lev, E. L., Eller, L. S., Gejerman, G., Kolassa, J., Colella, J., Pezzino, J., et al. (2009). **Quality of life of men treated for localized prostate cancer: outcomes at 6 and 12 months.** *Supportive care in cancer*, 17(5), 509–517.

Ziel: Bei Patienten mit Prostatakarzinom Unterschiede zwischen Behandlungsgruppen Radiotherapie und Prostatektomie 6 und 12 Monate nach Behandlungsbeginn eruieren und Werte für Lebensqualität im Zeitverlauf bestimmen.

Design: Nicht-experimentell: Längsschnittstudie

Setting: nicht angegeben

Stichprobe: 159 Patienten im Frühstadium von Prostatakarzinom, davon 49 Radiotherapie plus temporärer Brachytherapie (HDR), 62 Radiotherapie plus permanenter Brachytherapie (seeds) und 49 mit Prostatektomie.

Methode: Erhebung von demografischen Daten, physiologischen und psychischen Symptomen anhand von Telefoninterviews. Die erhobenen demografischen Variablen umfassen unter anderem Alter, Ethnie, Einkommen, Bildung, Arbeits- und Lebensstatus. Bei den physiologischen Symptomen wurden Häufigkeit, Schwere, Beeinträchtigung durch und Qualität der Ausscheidungs- und sexuellen Symptome während des letzten Monats gemessen. Für die psychischen Symptome wurde Angst, Stress, Depression, emotions- und problemfokussiertes Coping, Selbstwirksamkeit und Lebensqualität erfasst.

Auswertung anhand deskriptiver und induktiver Datenanalyse. Es wurden Varianzanalysen zum Vergleich der Variablen im Zeitverlauf innerhalb der drei Teilpopulationen durchgeführt. Regressionsmodelle mit t-Tests dienten der Bestimmung, inwieweit einzelne Variable die Lebensqualität abbilden können.

Ergebnisse: Patienten mit Prostatektomie waren jünger, eher vollzeitbeschäftigt, hatten höhere Bildung und höheres Einkommen als Patienten mit Radiotherapie. Sowohl Patienten mit HDR als auch solche mit seeds hatten schlechtere Darm- und Urinausscheidungswerte nach 6 und 12 Monaten. Zu Behandlungsbeginn bestanden signifikante Unterschiede für Lebensqualität zwischen den Gruppen, nach 6 und 12 Monaten jedoch nicht mehr. Nach 6 Monaten hatten die Werte für Urin- und Darmausscheidung, sexuelle Symptome, Depression und Selbstwirksamkeit eine signifikante Korrelation mit den Werten für Lebensqualität. Nach 12 Monaten waren dies die Werte für Urinausscheidung, Stress, Depression, problemfokussiertes Coping und physiologische Selbstwirksamkeit. Ethnie und Lebensstandard waren weitere Prädiktoren für Lebensqualität, so hatten weisse und in Partnerschaft lebende Männer signifikant höhere Werte für Lebensqualität.

Diskussion: Patienten mit Prostatektomie waren eher älter als solche mit Radiotherapie, was entweder die Verteilung im vorliegenden Setting widerspiegeln könnte oder die Tatsache, dass ältere Patienten eher mit Radiotherapie behandelt werden. Grundlevel für Urin- und Darmausscheidungswerte waren sehr hoch, was gemäss aktuellen Studien eine Kontraindikation für Radiotherapie darstellt. Daher könnten Werte für Lebensqualität durch unangemessene Behandlungsentscheidung negativ beeinflusst sein. Die Erkenntnis, dass nach 12 Monaten die Lebensqualität mit problemfokussiertem Coping korreliert entspricht dem Ergebnis einer anderen Studie zu Copingstrategien bei Patienten mit Prostatakarzinom. Die Stärken der Studie werden im longitudinalen Design sowie in der Berücksichtigung physiologischer als auch psychologischer Variablen für Lebensqualität gesehen. Schwächen werden gesehen hinsichtlich der nicht gegebenen Randomisierung, den Unterschieden in der Demografie zwischen den Behandlungsgruppen, der nicht gegebenen Kontrolle von Komorbiditäten sowie der Tatsache, dass bei Prostatektomie die Effekte sofort auftreten, während dies bei Radiotherapie erst verzögert der Fall ist. Forschungsbedarf wird identifiziert bei der Ermittlung des Einflusses der Bildung und des sozioökonomischen Status auf die Lebensqualität. Anwendungsmöglichkeiten für Mitarbeiter im Gesundheitswesen werden gesehen in der Information von Patienten über mögliche Entwicklungen der Lebensqualität und in der Unterstützung der Patienten bei der informierten Wahl der Behandlung. Desweiteren wird festgehalten, dass die Behandlung von psychischen Symptomen die

Lebensqualität verbessern kann und es daher wichtig ist, physiologische und psychische Symptome von Patienten zu erfassen.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood & Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten

1. Darstellung des Problems und des Ziels: In dem angegebenen Ziel wird eine Beziehung zwischen der unabhängigen Variablen Behandlungsoption sowie den psychologischen Variablen der Lebensqualität zum Ausdruck gebracht, die gut operationalisierbar sind. Die Population der Patienten mit Prostatakarzinom nach Radiotherapie oder Prostatektomie wurde klar definiert. Die Begründung für die Signifikanz des Problems wird im Einleitungskapitel ausführlich beschrieben. (1)
2. Literaturrecherche und theoretischer Rahmen: Im Einleitungsteil werden die theoretischen Konzepte der Lebensqualität und deren Beeinflussung durch psychische Symptome sowie indirekt durch physische Symptome thematisiert. Ebenso werden die Auswirkungen der psychischen Symptome diskutiert. Psychosoziale Interventionen werden von Patienten als zu sehr emotions- und zu wenig problemfokussiert beschrieben. (1)
3. Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n): Die Forschungsfragen sind angemessen formuliert. (1)
4. Stichprobe: Wurde im Rahmen einer übergeordneten Studie ausgewählt. Geeignet zur Beantwortung der Fragestellung. Ausreichend grosse Stichprobe um auch in drei Untergruppen statistisch signifikante Differenzen aufzeigen zu können. (1)
5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle Längsschnittstudie, um den zeitlichen Verlauf der Lebensqualität abbilden zu können und somit logische Folge der Fragestellung. (1)
6. Interne Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch Verwendung validierter Instrumente Rechnung getragen. (1)
7. Externe Validität: Patienten mit Prostatektomie sind nach Operationsmethode vermutlich nicht mehr repräsentativ, da sich die Standardoperationstechnik in der Zwischenzeit verändert hat. (0.5)
8. Methoden: Bei allen Teilnehmern identische Erhebung von demografischen Daten, physischen und psychischen Symptomen anhand von Telefoninterviews mit denselben Instrumenten. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Die Zustimmung wurde vom institutionellen Revisionsausschuss der beteiligten Organisationen eingeholt. Desweiteren unterschrieben die Teilnehmer ein Formular zur informierten Zustimmung. (1)
10. Instrumente: Die Instrumente zur Messung der demografischen, physiologischen und psychischen Parameter werden im Detail erklärt und deren Einsatz begründet. Die Anwendung des internetbasierten Eingabesystems zur Vermeidung von Übertragungsfehlern wird beschrieben. (1)
11. Reliabilität und Validität: Die verwendeten Instrumente wurden für Telefoninterviews validiert. Die Cronbach-Alpha-Reliabilitätskoeffizienten sind tabellarisch angegeben. (1)
12. Datenanalyse: Die eingesetzten deskriptiven und schliessenden Methoden eignen sich zur Beantwortung der Fragestellungen. Es werden definierte Signifikanzniveaus angegeben. Die Tabellen bilden eine sinnvolle Ergänzung zum Verständnis des Textes. (1)
13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet und die Stärken und Schwächen der Studie thematisiert. Es werden Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten abgegeben und die Relevanz für die Praxis mit konkreten Handlungsempfehlungen belegt. (1)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis erscheinen sehr sinnvoll. (1)

Die Studie erhält 13.5 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Matthew, A. G., Goldman, A., Trachtenberg, J., Robinson, J., Horsburgh, S., Currie, K., et al. (2005). Sexual dysfunction after radical prostatectomy: prevalence, treatments, restricted use of treatments and distress. *The Journal of urology*, 174(6), 2105–2110.

Ziel: Untersuchen des Vorkommens von erektiler Dysfunktion, der Effizienz und Benutzung von Hilfsmitteln bei erektiler Dysfunktion und des Stresses bzw. der Lebensqualität bei erektiler Dysfunktion nach Prostatektomie.

Design: Systematisches Literaturreview

Methode: Es wurde auf der Medline-Datenbank mit geeigneten Suchbegriffen nach Studien von 1966 bis 2004 gesucht. Es wurden keine genaueren Angaben zur Population und den Evidenzniveaus der Studien gemacht. 15 Studien wurden eingeschlossen.

Ergebnisse:

Vorkommen von erektiler Dysfunktion nach Prostatektomie: Je nach Studie ist selbst bei nerverhaltenden Operationstechniken die Prävalenz von erektiler Dysfunktion nach Prostatektomie zwischen 25% und 75%. Dabei haben jüngere Patienten bessere Werte als ältere Patienten. Bei nerverhaltenden Operationstechniken konnte gemäss einer Studie an 1291 Patienten bei 44% vormals potenten Männern auch nach dem Eingriff die Potenz erhalten werden im Gegensatz zu nur 34% bei konventioneller Operationsmethode. Die stärkste Evidenz zeigte eine Meta-Analyse, die zeigte, dass zwei Jahre nach Prostatektomie 75% der Patienten Probleme mit erektiler Dysfunktion haben.

Hilfsmittel bei erektiler Dysfunktion: Die Hilfsmittel lassen sich in fünf Kategorien einteilen: orale Medikamente, Schwellkörperinjektionen, Harnröhrensuppositorien, Vakuumpumpen und Penisprothesen. Die invasivsten Hilfsmittel sind auch die effizientesten, bevorzugt wurden von den Patienten aber die weniger invasiven. Im Vordergrund bei der medikamentösen Therapie steht Sildenafil (Viagra®), das sich vor allem nach nerverhaltender Prostatektomie als sehr wirksam erwies, aber nach nur einseitig oder nicht nerverhaltenden Operationen als gänzlich unwirksam. Die Wirksamkeit war ausserdem erhöht bei jüngeren Patienten, bei höheren Dosen und wenn die Prostatektomie mindestens ein Jahr zurücklag. Bei Schwellkörperinjektionen lag die Ansprechrate mit etwa 85% höher als bei Viagra, allerdings klagten die Patienten über Schmerzen und Unbehagen. Insbesondere bei Therapie innerhalb der ersten drei Monate nach Prostatektomie zeigten sich positive Wirkungen aber auch vermehrt schmerzhafte Erektionen, was bei den Studien zu hohen Abbruchraten führte. Harnröhrensuppositorien wiesen einen Wirkungsgrad von etwa 57% auf. Bei Patienten, die eine Kontraindikation für Sildenafil hatten und keine Injektionen wünschten war dies die bevorzugte Therapieoption. Vakuumpumpen führten bei etwa 80% der Patienten nach Prostatektomie zum Erfolg. Bei freier Wahl der Therapieoption entschieden sich jedoch fast neun von zehn Patienten für andere Optionen. Selbst Schwellkörperinjektionen wurden bevorzugt. Penisimplantate wurden als letzte Möglichkeit, aber auch als effektivste Methode angesehen. Die Empfehlung lautet, dass bei erfolglosem Einsatz anderer Methoden zwei Jahre nach Prostatektomie ein Penisimplantat in Betracht gezogen wird.

Eingeschränkte Nutzung von Hilfsmitteln bei erektiler Dysfunktion: Trotz der Wirksamkeit zeigt sich durchgängig in vielen Studien, dass etwa die Hälfte der Patienten mittel- und langfristig die Benutzung von Hilfsmitteln einstellt. Die Studien identifizieren die Gründe hierfür in dem Bedürfnis nach Spontanität, Beziehungskonflikten, Kontraindikationen, Nebenwirkungen inklusive Schmerzen, zu hohen Erwartungen, geringerem sexuellen Interesse, geringer emotioneller Bereitschaft wieder sexuell aktiv zu sein und unterschiedlichen Bedeutungen der Partner dafür, die Hilfsmittel anzuwenden.

Vorkommen von Stress bei Patienten mit erektiler Dysfunktion nach Prostatektomie: Erektile Dysfunktion wird in umfassenden Studien mit sehr grossen Populationen durchgängig von der Mehrheit der Betroffenen als mittleres oder grosses Problem angegeben. Auch eine Langzeituntersuchung bei Patienten im Mittel 4,3 Jahre nach Prostatektomie zeigte das gleiche Bild. Bei jüngeren Patienten ist der Stress durch erektile Dysfunktion besonders ausgeprägt. Eine Studie fand heraus, dass die schiere Notwendigkeit wegen erektiler Dysfunktion Hilfsmittel für

eine Erektion benutzen zu müssen, zu erhöhten Stresswerten führte. Unter allen negativen Auswirkungen zeigte sich für erektile Dysfunktion auch langfristig die stärkste Beeinträchtigung für die Patienten. Die verschlechterte sexuelle Leistungsfähigkeit führte auch zu verunmöglichter emotioneller Intimität und betrifft somit auch soziale Beziehungen. Damit hat die erektile Dysfunktion psychosoziale Folgen, die weit über die Erektionsfähigkeit hinausgehen.

Professionelle Unterstützung: Patienten und ihre Partner haben ein Bedürfnis nach professioneller Unterstützung im Bereich von 74% bis 93%, viele empfinden dies jedoch als sehr peinlich, so dass effektiv nur etwa 59% diese Hilfe suchen. Jene die dies tun, wenden sich meist an ihren Onkologen oder Urologen. Nur 38% fanden dies jedoch retrospektiv als hilfreich. Als Ausweg hierfür wird entweder die Schulung von Ärzten zur Sexualberatung angesehen oder, Erfolg versprechender, ein multidisziplinärer biopsychosozialer Ansatz, der Patienten-, Partner- und Paarthemen umfassend angeht und die Paare auch dazu ermutigt, bei Versagen eines Hilfsmittels noch weitere zu versuchen. Hierzu wird jedoch noch weiterer Forschungsbedarf identifiziert.

Diskussion: Die Wirksamkeit von Hilfsmitteln bei erektiler Dysfunktion ist zwar gegeben aber nicht hinreichend für die tatsächliche Nutzung durch die Betroffenen. Die tatsächliche Nutzung wird durch emotionale und Beziehungsfaktoren beeinflusst.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse:

Glaubwürdigkeit: 4/7

1. Es wurde keine präzise Fragestellung formuliert sondern nur drei Themen umrissen. (0.5)
2. Die Suchbegriffe sind den Themen angepasst. (1)
3. Die Suche fand auf Medline für den Zeitraum 1966 bis 2004 statt. Eine Suche auf weiteren Datenbanken hätte eventuell noch weitere Studien zutage gefördert. (0.5)
4. Die Glaubwürdigkeit wurde nicht überprüft. (0)
5. Die Beurteilung der Studien ist nur teilweise nachvollziehbar, etwa wenn auf methodische Schwächen eingegangen wird. (0.5)
6. Die vier Forscher scheinen ihrer Bewertung übereinzustimmen. (0.5)
7. Die Studien sind auf die zu untersuchenden Themen ausgerichtet. (1)

Aussagekraft: 2/2

8. Die Ergebnisse sind gut belegt, kategorisiert und in angemessener Tiefe dargestellt. (1)
9. Die Ergebnisse sind genau dargestellt und werden kritisch und detailliert von den Forschenden diskutiert (1)

Anwendbarkeit: 3/3

10. Die Ergebnisse sind sehr gut übertragbar, es wird der Aspekt der Nutzung von Hilfsmitteln bei erektiler Dysfunktion nach Prostatektomie breit gefächert abgedeckt. (1)
11. Die für die vorliegende Arbeit wichtigen Ergebnisse wurden aus den Studien extrahiert. (1)
12. Der Nutzen der Interventionen und die Notwendigkeit für weitere Forschung auf diesem Gebiet werden aufgezeigt und Abstufungen in der Wirksamkeit und den Nebenwirkungen für die Patienten gemacht. (1)

Das Review erhält 9 von 12 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

McCorkle, R., Siefert, M., Dowd, M., Robinson, J., & Pickett, M. (2007). Effects of advanced practice nursing on patient and spouse depressive symptoms, sexual function, and marital interaction after radical prostatectomy. *Urologic nursing*, 27(1), 65–77.

Ziel: Die Effekte einer standardisierten Pflegeintervention auf Patienten nach Prostatektomie und ihre Partnerinnen in Bezug auf depressive Symptome, Sexualfunktion und Paarbeziehung zu bestimmen und zu untersuchen, ob Unterschiede zwischen den Patienten und ihren Partnerinnen bestehen zu den drei Themen im Zeitverlauf.

Design: RCT

Setting: Urologie zweier akademisch-medizinischer Zentren in einer Stadt im Nordosten der USA.

Stichprobe: Neu diagnostizierte Patienten mit Prostatakarzinom, die verheiratet sind oder in einer festen Beziehung leben und Prostatektomie als Hauptbehandlungsoption gewählt haben sowie innerhalb von 50 Meilen des akademischen Zentrums leben. Gesamt wurden 107 Paare einbezogen.

Methode: Alle Männer erhielten die Standardpflege, die Patienten und Partner der Interventionsgruppe zusätzlich 16 Kontakte mit einer erfahrenen Pflegefachperson während 8 Wochen direkt folgend auf die Entlassung aus dem Spital nach der Prostatektomie. Über das Geschlecht der Pflegefachpersonen wird nichts ausgesagt. Die Kontakte wurden nach dem standardized nursing intervention protocol (SNIP) organisiert. Das SNIP fokussierte auf drei Themen der postoperativen Rehabilitation: Symptommanagement während der Erholung von der Operation, Wiederherstellung der Urinkontinenz und Förderung der partnerschaftlichen Kommunikation und psychosexuellen Funktion. Das SNIP leitete die Pflegefachkräfte bei den Themen physikalisches und psychisches Funktionieren, Schmerz, Harninkontinenz und die partnerschaftliche Kommunikation und half ihnen, das Gespräch über psychosexuelle Themen zu initiieren. Ein öffentliches Lehrheft, das allgemeine Mythen, Missverständnisse und sexuelle Bedenken zu Prostataoperationen thematisiert, wurde benutzt, um die Diskussion über diese sensiblen Themen mit dem Paar zu beginnen.

Die demografischen Informationen wurden noch während des Spitalaufenthalts aufgenommen. Als Instrumente zur Messung der Ergebnisvariablen depressiver Symptome, Sexualfunktion und partnerschaftliche Interaktion wurden auf Reliabilität und Validität getestete Instrumente eingesetzt. Für die depressive Symptomatik waren dies die 20 Items umfassende Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), für die Sexualfunktion die 8 Items umfassende Unterskala des Cancer Rehabilitation Evaluation Systems (CARES), die zum einen das sexuelle Interesse misst (4 Items) und zum anderen die sexuelle Dysfunktion quantifiziert. Für die partnerschaftliche Interaktion wurde eine andere, 18 Items umfassende Unterskala von CARES benutzt, die folgende Themen beinhaltet: Kommunikation mit dem Partner (6 Items), Zuneigung zum Partner (4 Items), Überbehütung durch den Partner (2 Items) und Vernachlässigung durch den Partner (2 Items).

Die Datenanalyse wurde durchgeführt mittels deskriptiver Analyse und Varianzanalysen zum Testen von Unterschieden in der Stärke der depressiven Symptome, Sexualfunktion und partnerschaftlicher Interaktion. Regressionsmodelle wurden benutzt, um signifikante lineare Trends und Wechselwirkungen demografischer Charakteristika und Gruppenzugehörigkeit im Zeitverlauf zu bestimmen.

Ergebnisse: Bei den Patienten waren keine Interventionseffekte in den Ergebnisdimensionen festzustellen. Bei den Partnerinnen wiesen jedoch alle drei Variablen mit unterschiedlicher Signifikanz erhöhte Werte in der Interventionsgruppe auf. Im Zeitverlauf zeigten sich mehrere signifikante Trends. Unabhängig von der Intervention verbesserten sich die Werte der Patienten bezüglich depressiver Symptomatik. In beiden Gruppen zeigte sich ein zeitlicher Trend hin zu schlechteren Werten für Sexualfunktion bei den Partnerinnen.

Diskussion: Bezüglich depressiver Symptomatik zeigte sich kein Interventionseffekt, diese verbesserte sich jedoch in beiden Gruppen signifikant im Zeitverlauf. Die depressive Symptomatik war stärker ausgeprägt als in gesunder Population, aber in Einklang mit anderen Studien. 25% der

Männer und 30% der Frauen in der Studie haben ausgeprägt hohe Depressionswerte, was in Einklang mit korrespondierenden Untersuchungen steht. Da dies anerkanntermassen mit verminderten Werten für Lebensqualität, verschlechtertem Gesundheitszustand und erhöhter Nutzung des Gesundheitssystems einhergeht, sollten Patienten und Partnerinnen frühestmöglich auf depressive Symptomatik gescreened, beurteilt und behandelt werden. Die gemessenen Werte könnten darauf schliessen lassen, dass die Intervention sogar negativ für die Teilnehmer war, jedoch schliessen die Autoren, dass die Ergebnisse die Effekte des Inhaltes der absichtlich diskutierten Informationen reflektieren und dass offenes Sprechen über die Krebserkrankung, die Behandlung und ihre Folgen schwierig ist. In beiden Gruppen äusserten die Paare zu Beginn Befürchtungen, dass der Mann sterben könnte. Jedoch nur die Paare in der Interventionsgruppe berichteten von einem differenzierten Verständnis dessen, was passierte, als sie realisierten, dass sich ihre Befürchtungen nicht bestätigen. Bei allen drei Variablen zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Patienten und ihren Partnerinnen. Die depressive Symptomatik war bei Partnerinnen knapp signifikant erhöht. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien. Die Patienten hingegen zeigten höhere Belastungswerte bei der Thematik der sexuellen Funktion. Eine Erklärung könnte darin bestehen, dass sich die Männer als inadäquate Sexualpartner sahen. Bezüglich partnerschaftlicher Interaktion zeigten die Partnerinnen signifikant schlechtere Werte. Als beschränkend wurde der relativ geringe Stichprobenumfang gewertet sowie die Tatsache, dass nur heterosexuelle Paare einbezogen wurden, die mehrheitlich kaukasisch und gut gebildet sind.

Schlussfolgerungen: Das SNIP kann Patienten und ihren Partnern helfen, realistische Wahrnehmungen ihrer Sexualfunktion zu entwickeln und ihre Fähigkeit erhöhen, sich über ihre Erfahrungen auszutauschen. Nur wenige Studien wurden durchgeführt, die Patienten und ihre Partnerinnen berücksichtigen und Ursache-Wirkungsbeziehungen versuchen aufzuzeigen. Daher sind weitere Interventions- und Longitudinalstudien erforderlich und die Paare sollten länger als 6 Monate begleitet werden.

Die depressive Symptomatik sollte bewertet und verfolgt werden, sowohl für Patienten als auch für Partnerinnen. Beide sollten in Gespräche über die Behandlung und ihre Effekte involviert werden, so dass sie bereit sind, diese zu managen.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit: 6/8

1. Die Teilnehmer wurden randomisiert den Interventions- und Kontrollgruppen zugeteilt. (1)
2. Von ursprünglich 126 Teilnehmern, von denen bereits demografische Daten erhoben wurden blieben zum Schluss noch 107 Teilnehmer übrig. Die Ausfälle wurden nicht begründet, aber es wurde gesagt, dass sich diese bezüglich der demografischen Charakteristika nicht unterscheiden. (0.5)
3. Zur Verblindung wurden im Text keine Angaben gemacht. (0)
4. Es wurde ein Chi-Quadrat-Test durchgeführt, der zeigt, dass die Kontroll- und Interventionsgruppen sich bezüglich demografischer Variablen nicht unterscheiden. (1)
5. Beide Gruppen erhielten die Standardpflege, die Interventionsgruppe zusätzlich die Pflege nach dem SNIP. (1)
6. Es wechselte kein Teilnehmer nach der Randomisierung die Gruppen. (1)
7. Es wurden keine Berechnung der erforderlichen Anzahl Teilnehmer durchgeführt und auch keine Konfidenzintervalle angegeben. Allerdings wurden statistisch signifikante Werte gefunden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Stichprobe gross genug gewählt wurde. (0.5)
8. Die Erkenntnisse decken sich mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet. (1)

Aussagekraft: 1.5/3

9. Der Interventionseffekt war nicht gegeben bzw. sogar negativ, wofür die Autoren jedoch eine Erklärung liefern. (0.5)
10. Die unterschiedlichen Werte sind statistisch signifikant. (1)
11. Die Konfidenzintervalle sind nicht angegeben. (0)

Anwendbarkeit: 2/3

12. Die Patienten und das Setting sind vergleichbar. (1)
13. Die wichtigen Aspekte wurden betrachtet. (1)
14. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis kann aufgrund der fehlenden positiven Interventionsergebnisse nicht ermittelt werden. (0)

Ethik: 1/1

Die Studie wurde von den institutionellen Revisionsausschüssen beider medizinischen Zentren genehmigt und in der Folge mündlich und schriftlich die informierte Zustimmung der Teilnehmer eingeholt. (1)

Die Studie erhält 10.5 von 15 erreichbaren Punkten und kann somit noch einbezogen werden. Die grenzwertigen Beurteilung kommt vor allem durch die geringe Aussagekraft bezüglich der Intervention zustande. Der Grund hierfür könnte insofern in der Konstruktion der Analyse liegen, als die drei gewählten Variablen depressive Symptomatik, Sexualfunktion und partnerschaftliche Interaktion den Erfolg der Intervention nur in Bezug auf Teilbereiche abbilden können. Eine umfassendere Messung der Lebensqualität hätte eventuell andere Ergebnisse gebracht.

Palmer, M. H., Fogarty, L. A., Somerfield, M. R., & Powel, L. L. (2003). Incontinence after prostatectomy: coping with incontinence after prostate cancer. *Oncology nursing forum*, 30(2), 229–238.

Ziele: Die Natur der Harninkontinenz nach Prostatektomie beschreiben. Bestimmen wie Männer Harninkontinenz bewältigen. Die Erwartungen der Männer bezüglich Angemessenheit präoperativer Beratung feststellen und die Erwartungen der Männer bezüglich der Wahrscheinlichkeit von Harninkontinenz nach der Operation ergründen.

Design: Gemischtes Design aus nicht-experimenteller Querschnittstudie und qualitativer Inhaltsanalyse

Setting und Stichprobe: 114 Patienten, die Mitglieder der US TOO waren, einer amerikanischen Selbsthilfegruppe für Prostatakarzinompatienten

Methode: Querschnittstudie mit qualitativen Anteilen in Form einer schriftlichen Umfrage. Hauptuntersuchungsvariablen waren Harninkontinenz, Management der Harninkontinenz und Bewältigungsstrategien. Datenanalyse univariat und schliessend mit Chi-Quadrat-Tests auf Beziehungen zwischen Dauer seit Prostatektomie und folgenden Variablen: Symptome der Harninkontinenz, Bewältigungsstrategien für Harninkontinenz, Bewertung der Aussicht auf Besserung der Harninkontinenz, Angemessenheit der postoperativen Beratung bezüglich Harninkontinenz und Bedeutung der Lösung von Problemen der Harninkontinenz.

Ergebnisse: Die Probanden waren in der Mehrzahl kaukasisch, verheiratet und im Mittel 66 Jahre alt. 87% bezeichneten ihre Gesundheit als gut oder ausgezeichnet. Bei einem Drittel der Teilnehmer vergingen seit der Prostatektomie bis zu 2 Jahre, bei einem Drittel 2-5 Jahre und beim letzten Drittel über 5 Jahre. Über 70% der Patienten berichtete von Stressinkontinenz. Beckenbodentraining wurde statistisch signifikant häufiger von der Gruppe mit Prostatektomie vor maximal zwei Jahren angewendet.

Die Teilnehmer beschrieben als wichtigste Stressoren den Grad der Harninkontinenz, körperliche Aktivität oder Koffein und Alkohol als Auslöser für Harninkontinenz. Die Effekte konnten in sich gegenseitig beeinflussende soziale, emotionale und physische Kategorien aufgeteilt werden, wobei die sozialen Auswirkungen am stärksten beeinträchtigten. Praktische Probleme beinhalteten das rasche Auffinden von Toiletten, Kleidung zum Wechseln verfügbar zu haben und das Finden von angemessenen Einlagen. Emotionale Belastungen kamen etwa beim Einnässen des Bettes besonders zum Tragen und wurden von den Teilnehmern als besonders schwerwiegend beschrieben.

Vier Kategorien zum Management der Harninkontinenz wurden beschrieben: die Harninkontinenz vermeiden, die Harninkontinenz vermindern, Harnverlust antizipieren und mit kompletten Kontrollverlust zurechtkommen. Um Harninkontinenz zu vermeiden wurde vor allem Wachsamkeit und häufiges Blasenleeren angewendet. Zur Stärkung der Kontinenz wurde Beckenbodentraining durchgeführt, was aber nur teilweise als wirksam angesehen wurde. Bei Antizipieren von Harnverlust wurde darauf geachtet, immer genügend Einlagen und Kleidung zum Wechseln griffbereit zu haben. Am meisten Energie wurde darauf verwendet, mit einem kompletten Kontrollverlust zurechtkommen. Hierfür wurden eine Vielzahl von Hilfsmitteln herangezogen, darunter Cunningham Clamps, ein Hilfsmittel zur externen Peniskompression, Bein- und Bettbeutel sowie „urine drip pockets“. Der Weg zum Finden der individuell geeigneten Hilfsmittel wird als lang und beschwerlich beschrieben. Insbesondere die Teilnehmer, die vor der Operation aktiv waren, bemühten sich ausdauernd darum, die Harninkontinenz in den Griff zu bekommen.

Für 74% der Männer war Harninkontinenz ein bedeutsames Problem, das es zu lösen galt. 45% waren der Ansicht, dass ihre Situation bezüglich Harninkontinenz besser werden könnte, Tendenz allerdings abnehmend mit zunehmender Dauer seit der Prostatektomie. 80% wurden vor der Operation über mögliche Harninkontinenz informiert. Patienten, die sich nicht ausreichend informiert fühlten, wünschten sich genauere Informationen, Informationen über Bewältigungsstrategien und Informationen über den Behandlungsprozess.

Diskussion: Die Limitationen der Studie bezüglich eingeschränkten Möglichkeiten zur Generalisierung durch die gezielte Auswahl von Probanden wurden diskutiert. Die differierenden Definitionen von Harninkontinenz sowohl in anderen Studien als auch von Ärzten und Teilnehmern stellten ein Problem dar. So sahen einige Teilnehmer ihren Harnabgang als natürliche Folge der Prostatektomie, nicht aber als Harninkontinenz. Bezüglich des Managements der Harninkontinenz werden von den Männern überwiegend auch Einlagen benutzt, die dabei helfen, „soziale Kontinenz“ zu erreichen. Viele der benutzten Strategien wurden durch try-and-error und durch Gespräche mit anderen Betroffenen herausgefunden. Hier identifizieren die Autoren Forschungsbedarf zur systematischen Erfassung von Copingstrategien. Es wurde ein Informationsmangel vor der Operation beklagt. Wie andere Studien zeigten, könnte bessere Information den Patienten dabei helfen, mit der Harninkontinenz zurechtzukommen und die Auswirkungen auf den Alltag zu minimieren.

Kritische Beurteilung nach LoBiondo-Wood und Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten.

Dieses Raster wird für diese Studie mit gemischtem Design aufgrund deren vorwiegend quantitativen Natur gewählt.

1. Darstellung des Problems und des Ziels: Die Ziele werden aus der identifizierten Forschungslücke zur Erfahrung von Inkontinenz bei Männern abgeleitet. (1)
2. Literaturrecherche und theoretischer Rahmen: Im Einleitungsteil wird die Problematik der Harninkontinenz nach Prostatektomie und deren Bedeutung für die Betroffenen beschrieben und durch Literatur belegt. (1)
3. Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n): Die Forschungsfragen sind angemessen formuliert. (1)
4. Stichprobe: Geeignet zur Beantwortung der Fragestellung. Ausreichend grosse Stichprobe, allerdings mögliche Verzerrung durch Auswahl von Patienten, die bereits Kontakt mit einer Unterstützungsgruppe haben. (0.5)
5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle Querschnittstudie, geeignet zur Erreichung der Untersuchungsziele, da es nicht um Ursache-Wirkungsbeziehungen geht sondern um das Erfassen von Zuständen zu einem bestimmten Zeitpunkt. (1)
6. Interne Validität: Die Gefahr der Verfälschung der Resultate durch äussere Faktoren wird nicht thematisiert. (0)
7. Externe Validität: Aufgrund der gezielten Rekrutierung von Probanden aus den Mitgliedern einer Selbsthilfegruppe ist eine Verallgemeinerung nur schwer möglich, wird im Diskussionsteil aber thematisiert. (0.5)
8. Methoden: Bei allen Teilnehmern identische Erhebung aller Daten durch den Fragebogen und identische Auswertung. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Die Untersuchung wurde vom institutionellen Revisionsausschuss der Universität von Maryland genehmigt. Desweiteren begründeten die Teilnehmer mit Rücksendung der ausgefüllten Fragebögen ihre informierte Zustimmung. (1)
10. Instrumente: Das Instrument besteht aus einem Fragebogen mit einer Mischung aus offenen und geschlossenen Fragen. Die Fragen sind den Zielsetzungen angepasst. (1)
11. Reliabilität und Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch inhaltliche Validierung der Instrumente durch Beratung mit Experten begegnet. Allerdings wurden keine validierten Instrumente verwendet und deren Beschreibung in der Studie lässt Zweifel an der Validität aufkommen. (0.5)
12. Datenanalyse: Die erwähnten deskriptiven und schliessenden Methoden werden eingesetzt, die sich zur Beantwortung der Fragestellungen eignen. Allerdings wird bei der Analyse eher intuitiv und wenig systematisch vorgegangen. (0.5)

13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet und die Stärken und Schwächen der Studie thematisiert. Es werden Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten und für die Praxis abgegeben. (1)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis erscheinen sinnvoll. (1)

Die Studie erhält 11 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Parker, P., Pettaway, C., Babaian, R., Pisters, L., Miles, B., Fortier, A., et al. (2009). The effects of a presurgical stress management intervention for men with prostate cancer undergoing radical prostatectomy. *Journal of clinical oncology*, 27(19), 3169–3176.

Ziel: Erfassen der kurz- und langfristigen Effekte einer Stressmanagement-Intervention vor dem operativen Eingriff bei Prostatektomie in Bezug auf Reduktion von Stimmungsveränderungen und Lebensqualität.

Design: RCT

Setting: Texas Medical Center, Houston, USA

Stichprobe: Patienten mit Prostatakarzinom im Frühstadium und anstehender Prostatektomie. Ausgeschlossen wurden Patienten mit anderen grösseren Operationen im vorangegangenen Jahr und mit psychiatrischen Diagnosen.

Methode: 159 Patienten wurden auf drei Gruppen randomisiert. Eine Gruppe erhielt die Stressmanagement-Intervention, eine zweite Gruppe erhielt dazu zeitlich parallel laufende unterstützende Aufmerksamkeit und eine dritte Gruppe erhielt die Standardbehandlung. Die zwei Interventionssitzungen und die zwei Aufmerksamkeitsbehandlungen erfolgten etwa 1-2 Wochen vor dem chirurgischen Eingriff. Die Intervention belief sich auf zwei 60- bis 90-minütige individuelle Sitzungen mit einem Psychologen unter Abgabe eines Leitfadens für Stressmanagement, der die Themen der Sitzungen behandelte: Entspannungs- und Bewältigungsfähigkeiten, Information über Prostatakarzinom und Prostatektomie inklusive Management von Nebenwirkungen. Die Sitzungen waren behavioraler Natur mit Fokus auf Entspannungsübungen und bildlicher Antizipation. Die Männer konnten auch ausgiebig untereinander ihre Sorgen und Ängste über den Krebs und die Operation austauschen und erlernten problemfokussierte Bewältigungsstrategien, wie etwa das aktive Suchen von sozialer Unterstützung, realistische Erwartungen über die Rehabilitation haben und Anpassen der Aktivitäten. Zwei kurze Wiederholungssitzungen wurden am Tag der Operation und direkt danach abgehalten.

Die Erhebungen wurden bei Auswahl der Probanden, eine Woche vor der Operation, am Operationstag, 6 Wochen nach der Operation, 6 Monate nach der Operation und 12 Monate nach der Operation durchgeführt. Zur Messung der Stimmungsveränderungen wurde ein Kurzversion des Profile of Mood States (POMS) verwendet, für die Erfassung von Stress durch besondere Ereignisse die Impact on Event Scale (IES) und für die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Medical Outcomes Study 36-item short form survey (SF-36), anhand dessen die Dimensionen „Zusammenfassung der physischen Komponenten (PCS)“ und „Zusammenfassung der mentalen Komponenten (MCS)“ erfasst wurden.

Ergebnisse: Die Stressmanagement-Intervention zeigte statistisch signifikante Kurzzeiteffekte in Bezug auf Stimmungsveränderungen eine Woche vor der Operation und am Operationstag. Statistisch signifikante positive Langzeiteffekte zeigten sich in Bezug auf den PCS-Wert der Lebensqualität, der die physischen Komponenten abbildet. Bezüglich der mentalen Komponente konnte jedoch kein signifikanter Effekt nachgewiesen werden. Es gab auch keine signifikanten Unterschiede für prostataspezifische Lebensqualität, etwa in Form von Verbesserungen der Ausscheidungs- oder Sexualfunktion. Allerdings konnten unabhängig von der Intervention signifikante Veränderungen im Zeitverlauf festgestellt werden. Die meisten Werte prostataspezifischer Lebensqualität verschlechterten sich bis zu 6 Monate nach der Prostatektomie um sich bei 12 Monaten wieder zu erholen, allerdings auf signifikant niedrigerem Niveau im Vergleich zu den Werten vor der Operation.

Diskussion: Die Ergebnisse stehen in Einklang mit anderen Studien, welche positive Effekte psychosozialer Interventionen gezeigt haben. Die Effekte bezüglich der verringerten Stimmungsveränderungen am Operationstag werden zwar als statistisch signifikant, aber doch eher gering bezeichnet. Den deutlich signifikanten Langzeiteffekt dieser kurzen Intervention in der präoperativen Periode auf die physische Komponente der Lebensqualität bezeichnen die Autoren als verblüffend und ermutigend. Gleichzeitig wird aber auch auf die Notwendigkeit für weitere

Untersuchungen auf diesem Gebiet betont, um die Resultate zu überprüfen, insbesondere da nicht klar ist, weshalb eine solch kurze Intervention zu einem solchen Langzeiteffekt führen kann. Es wurden Verbesserungen bei der allgemeinen Lebensqualität festgestellt, nicht aber bei den prostataspezifischen Aspekten. Vermutlich war die Intervention nicht mächtig genug, um auf diesen spezifischen Feldern Effekte zu erzeugen. Bezüglich der mentalen Werte wurden keine signifikanten Verbesserungen festgestellt, wobei festzustellen ist, dass die Probanden bereits zu Studienbeginn über höhere Werte verfügten als die Durchschnittsbevölkerung. Einige Beschränkungen sind zu erwähnen. So waren die Teilnehmer mehrheitlich kaukasisch, verheiratet und gebildet. Die Population bestand aus Patienten mit Prostatakarzinom im Frühstadium und ohne spezifische Risikofaktoren für Stressbelastung. Eine Generalisierung auf diese Populationen müsste separat untersucht werden.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Interventionsstudie

Glaubwürdigkeit: 8/8

1. Die Teilnehmer wurden randomisiert der Interventions- und Kontrollgruppe zugeteilt und zusätzlich wurden die Forscher bezüglich der Ergebnisse verblindet. (1)
2. Es werden genaue Angaben zu den Patienten gemacht, die vor der Randomisierung schon ausscheiden. Danach gab es offenbar während dem Studienverlauf keine Abgänge mehr. (1)
3. Die Forscher wurden bezüglich der Ergebnisse verblindet, bezüglich der Intervention war dies aufgrund der Intervention nicht möglich. (1)
4. Es wurden Chi-Quadrat-Tests durchgeführt, die zeigten, dass die Kontroll- und Interventionsgruppen sich bezüglich medizinischer und demografischer Variablen, abgesehen von der ethnischen Zugehörigkeit, nicht unterscheiden. (1)
5. Die Untersuchungsgruppen wurden abgesehen von der Intervention absolut identisch behandelt. (1)
6. Es wechselte kein Teilnehmer nach der Randomisierung die Gruppen. (1)
7. Es wurden statistisch signifikante Werte gefunden, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die Stichprobe gross genug gewählt wurde. (1)
8. Die Erkenntnisse decken sich mit anderen Untersuchungen auf diesem Gebiet. (1)

Aussagekraft: 3/3

9. Der Behandlungseffekt war statistisch signifikant und wurde ausführlich diskutiert. (1)
10. Aufgrund der Signifikanz, der Randomisierung, Verblindung und der Homogenität der Gruppen können Zufallseffekte weitestgehend ausgeschlossen werden (1)
11. Die Ergebnisse sind sehr präzise. (1)

Anwendbarkeit: 3/3

12. Die Patienten entsprechen der Population der vorliegenden Arbeit, die Ergebnisse sind gut übertragbar, da auch Langfristeffekte betrachtet werden. (1)
13. Die wichtigen Aspekte wurden betrachtet. (1)
14. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis ist ausgezeichnet, da es sich um wenig aufwändige Kurzzeitinterventionen mit ausgeprägtem Behandlungseffekt handelt. (1)

Ethik: Die Studie wurde von den institutionellen Revisionsausschüssen der beteiligten Spitäler genehmigt. Aussagen zur informierten Zustimmung der Teilnehmer wurden nicht gemacht. (0.5)

Die Studie erhält 14.5 von 15 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Petry, H., Berry, D. L., Spichiger, E., Kesselring, A., Gasser, T. C., Sulser, T., et al. (2004). Responses and experiences after radical prostatectomy: perceptions of married couples in Switzerland. *International journal of nursing studies*, 41(5), 507–513.

Ziel: Untersuchen der Reaktionen und Erfahrungen von Patienten und deren Partnerinnen in den ersten Monaten nach Prostatektomie.

Design: Qualitative Querschnittstudie

Setting: Zwei mit der Universität verbundene Spitäler in Basel, Schweiz.

Stichprobe: 10 Patienten bis maximal 12 Wochen nach Prostatektomie und deren Partnerinnen.

Methode: Zur Datensammlung wurden Interviews mit den Patienten und deren Partnerinnen zuhause durchgeführt. Die Interviews dauerten 45-90 Minuten. Die Datenanalyse erfolgte basierend auf der Methode der Grounded Theory. Zuerst wurden die Erfahrungen der Patienten identifiziert und codiert. Die Codes wurden gruppiert um Kategorien zu bilden. Beziehungen zwischen den Codes und den Kategorien wurden analysiert. Zuletzt wurden die Hauptkategorien identifiziert, die das Hauptthema der Daten abbildeten.

Ergebnisse: Das Hauptthema ist „Es in den Griff bekommen“, das die Bemühungen der Patienten und ihrer Partnerinnen beschreibt, nach der Diagnose, der Behandlung und den Therapiefolgen wieder zu einem normalen Leben zurückzukehren. Die entwickelte Hauptkategorie der Männer ist „Kontrolle zurückgewinnen“, jene der Frauen „Da sein“.

Männer: Die Hauptkategorie „Kontrolle gewinnen“ wurde unterteilt in „Prioritäten setzen“, „Harninkontinenz managen“ und „Mit Sexualität umgehen“.

„Prioritäten setzen“: Die Männer setzten die Priorität, den Krebs durch Prostatektomie herauszubekommen und dafür die Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen. „Harninkontinenz managen“: 6 von 10 Patienten wurden mit einem Blasenkatether vom Spital entlassen und kamen für eine oder mehrere Nächte zurück um diesen entfernen zu lassen. Das Management des Katethers stellte für die Probanden trotz Einschränkungen und Schmerzen kein grösseres Problem dar, sie gaben an, dass sie gut von den Pflegefachpersonen instruiert wurden. Nach Entfernung des Katethers gingen sie mit der Inkontinenzsituation jedoch nach dem try-and-error Prinzip vor, da sie nicht systematisch hierauf vorbereitet wurden. Einige Männer machten Beckenbodentraining, da es ihnen empfohlen wurde. Die Patienten erhielten bei Entlassung aus dem Spital Einlagen von den Pflegefachpersonen, die jedoch nicht angepasst und meist zu gross waren, so dass die Patienten wiederum nach dem try-and-error Prinzip selbständig nach Alternativen suchen mussten. Die Männer antizipierten ihren voraussichtlichen Urinverlust und passten ihre Strategien dementsprechend an, indem sie etwa ausreichend Einlagen zum Wechseln bei sich hatten. „Mit Sexualität umgehen“: Alle Männer hatten noch keine Erektion erlangen können, empfanden es aber als zu früh, sich jetzt schon Sorgen deswegen zu machen. Die Hoffnung überwog, dass die erektile Dysfunktion sich im Laufe der nächsten Monate normalisieren könnte. Gleichzeitig wurde versucht, die Bedeutung der Sexualität zu minimieren und die Hoffnung ausgedrückt, dass die Beziehung unter eventuell bleibender Impotenz nicht leiden würde.

Frauen: Die Hauptkategorie „Da sein“ wurde unterteilt in „Mit Belastungen umgehen“, „Aufgaben übernehmen“ und „Erektile Funktion einordnen“.

„Mit Belastungen umgehen“: Die Hauptbelastungen waren, von der Diagnose zu erfahren, die Unsicherheit bezüglich des Verlaufs sowie das Warten auf das Ergebnis der Operation. Es war belastend, nicht nur mit den eigenen Ängsten umgehen zu müssen sondern auch mit denen des Partners und der Familie. Die Familie, Freunde und Nachbarn waren aber auch eine emotionelle und praktische Ressource. „Aufgaben übernehmen“: Die Partnerinnen übernahmen Aufgaben bei der Katether- und Wundpflege, womit die Männer offensichtlich überfordert waren. Danach unterstützten sie das Management der Inkontinenz, indem sie etwa nach geeigneten Einlagen suchten. Sie waren eine wichtige emotionale Stütze, indem sie ihre Partner etwa ermutigten, geduldig zu sein und indem sie generell ein Auge auf sie warfen, damit sie sich nicht überlasteten. Desweiteren kontrollierten sie die sozialen Kontakte und kanalisiert etwa Besuche und Anrufe. „Erektile Funktion einordnen“: Die meisten Frauen in zuvor sexuell aktiven Partnerschaften sahen

in der möglichen Impotenz der Männer zumindest anfänglich ein Problem. In der Abwägung zwischen Gesundheit und Sexualität war es ihnen aber wichtiger, ihren Mann gesund zu haben und argumentierten, dass Sexualität eine geringere Bedeutung habe. Sie drückten aber auch die Sorge aus, dass es für den Mann schwerer sein könnte, Impotenz zu akzeptieren. Und wenngleich die Mehrheit der Überzeugung war, dass dies ihrer Beziehung nicht schaden könne, so wurden diesbezüglich auch Unsicherheiten geäußert

Diskussion: Andere Studien bestätigen, dass Paare in den ersten Monaten nach Prostatektomie damit beschäftigt sind, die Herrschaft und Kontrolle über ihr Leben wiederzuerlangen. Prioritäten zu setzen scheint eine wichtige Strategie zu sein. Der erektilen Dysfunktion wird noch weniger Bedeutung beigemessen, jedoch ist zu beachten, dass dies, wie auch von anderen Autoren bestätigt, eine Quelle zukünftigen Stresses ist. Die Frauen leisteten einen bedeutsamen Beitrag, damit sich die Männer darauf konzentrieren konnten, die Beeinträchtigungen im Alltag zu bewältigen. Eine andere Studie zeigte ebenfalls Rollenänderungen bei Patienten und deren Partnerinnen nach Prostatektomie. Informationsvermittlung wurde als lückenhaft erlebt, entweder weil sie nicht abgegeben wurde oder weil sie die Konsequenzen der Behandlung auf ihren Alltag nicht wirklich verstanden. Andere Studien zeigten, dass konsequente Nachbehandlung nach Entlassung aus dem Spital die Nachsorge der Patienten wesentlich verbessern kann.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer qualitativen Studie:

Glaubwürdigkeit: 6/8

1. Die Forschungsfrage wurde klar formuliert. (1)
2. Das gewählte qualitative Design wurde zwar benannt aber nicht begründet. (0.5)
3. Eine Literaturrecherche wurde durchgeführt. (1)
4. Die Auswahl der Teilnehmer wurde ausführlich begründet und beschrieben und ist passend zur Fragestellung. (1)
5. Die Teilnehmer und ihr Umfeld wurden ausreichend beschrieben, allerdings fehlten Angaben zu den Forschern, von denen lediglich die Namen und ihr Departement bekannt sind. Mögliche Einflüsse auf die Studienresultate aufgrund von Forschungsschwerpunkten können nicht abgeleitet werden. (0.5)
6. Der Ablauf der Datensammlung wurde ausführlich beschrieben. (1)
7. Die Datenanalyse wurde wie oben angegeben ausführlich beschrieben. (1)
8. Die Datensammlung erfolgte einmalig. Ein Vorgehen bis zur Sättigung ist nicht beschrieben. (0)

Aussagekraft: 2/2

9. Die Ergebnisse wurden ausführlich mit Zitaten belegt und sind nachvollziehbar. (1)
10. Die Ergebnisse wurden diskutiert und mit aktuellen Studienergebnissen abgeglichen und weiterer Forschungsbedarf wurde identifiziert. (1)

Anwendbarkeit: 2/2

11. Die umschriebene Zielgruppe und die Ergebnisse der Untersuchung werden sehr anschaulich und differenziert betrachtet und erreichen das Ziel, die Reaktionen und Erfahrungen von Paaren nach Prostatektomie zu untersuchen. (1)
12. Bei der Ausgestaltung von Interventionen, die auf diese Population abzielen, lassen sich die Resultate konkret umsetzen. Möglich wäre beispielsweise der gezielte Einsatz von angepassten Informations- und Nachsorgeinterventionen für die Zeit nach der Entlassung aus dem Spital. (1)

Ethik: 1/1

Das Ethikkomitee des Universitätsspitals Basel hat die Untersuchung genehmigt. Der Ablauf zum Erhalt der informierten Zustimmung wird ausführlich beschrieben.

Die Studie erhält 11 von 13 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

<p>Ptacek, J. T., Pierce, G. R., & Ptacek, J. J. (2002). The social context of coping with prostate cancer. <i>Journal of psychosocial oncology</i>, 20(1), 61–80.</p>
<p>Ziel: Zusammenhänge zwischen Bewältigung, sozialer Unterstützung und Anpassung bei Patienten nach Radiotherapie bei Prostatakarzinom untersuchen.</p>
<p>Design: Nicht-experimentelle Querschnittstudie</p>
<p>Setting: Behandlungsort waren zwei Spitäler im mittleren Westen der USA</p>
<p>Stichprobe: 57 Patienten maximal drei Jahre nach Radiotherapie wegen Prostatakarzinom.</p>
<p>Methode: Per Auswertung von schriftlichen Fragebögen wurden drei Hypothesen getestet: dass die wahrgenommene Unterstützung mit positiven Bewältigungsstrategien korreliert, dass positive Bewältigung und Unterstützung mit weniger Stress und grösserer Beziehungszufriedenheit korrelieren und dass die Stärke der Zusammenhänge mit der wahrgenommenen Unterstützung korreliert.</p> <p>Coping wurde anhand der 42-item Revised Ways of Coping Checklist erhoben, welche Unterskalen für problemfokussiertes Coping, Suchen nach Unterstützung, Selbstvorwürfe, Wunschdenken und Vermeidung enthält. Die als verfügbar erachtete soziale Unterstützung wurde anhand der Social Provisions Scale gemessen. Zufriedenheit mit der Beziehung wurde mit der 32 Items umfassenden Spaniers Dyadic Adjustment Scale erfasst. Anpassung wurde gemessen mit dem 38-item Mental Health Inventory, das in den Dimensionen Stress und Wohlbefinden aktiv ist.</p>
<p>Ergebnisse: Sofern keine Unterscheidung nach Ausmass der wahrgenommenen Unterstützung vorgenommen wird, korrelierte die wahrgenommene Unterstützung mit allen Bewältigungsdimensionen. Unterstützung zu suchen wurde dabei als Strategie identifiziert, die mit geringerem Stressniveau assoziiert war, im Gegensatz zu Selbstvorwürfen und Wunschdenken, die mit grösserem Stress einhergingen. Bei Gruppierung nach hoch und niedrig wahrgenommener Unterstützung bietet sich allerdings ein differenziertes Bild. Jene, die sich gut unterstützt fühlten suchten auch selbst aktiv nach Unterstützung und sind mit ihrer Beziehung zufrieden. Jene, die sich schlecht unterstützt fühlten suchten auch nicht aktiv nach Unterstützung und waren tendenziell mit ihrer Beziehung unzufrieden.</p>
<p>Diskussion: Männer, die sich in einer unterstützenden Umgebung fühlten suchten auch selbst aktiv nach Unterstützung und empfanden auch positive Wirkungen dieser Unterstützung, zumindest in Form einer hohen Beziehungszufriedenheit. Anzumerken ist, dass bei älteren Männern die Ehefrau als soziale Unterstützung signifikant wichtiger ist als bei jüngeren Männern, bei denen die Familie und Freunde eine grössere Rolle spielen. Die Strategie „Unterstützung suchen“ war eventuell auf die Ehefrauen fokussiert, andere Studien zeigen, dass ältere Männer eher nicht gewillt sind, Selbsthilfegruppen aufzusuchen oder professionelle Hilfe anzufordern. Ein interessantes Ergebnis ist auch, dass in der Gruppe jener, die die soziale Unterstützung nur als schwach erlebten, die Strategie des Wunschdenkens mit hoher Beziehungszufriedenheit korreliert. Diese Erkenntnis ist mit anderen Untersuchungen im Einklang und kann darauf hindeuten, dass Wunschdenken bei jenen Männern, die wenig soziale Unterstützung erfahren, durchaus eine Erfolg versprechende Strategie sein kann. Ein Grund hierfür ist, dass diese Strategie völlig ohne soziale Kontakte angewandt werden kann. Ein weiteres Ergebnis war, dass bei als schwach empfundener sozialer Unterstützung verschiedenste Bewältigungsstrategien parallel angewendet wurden während jene mit als stark empfundener Unterstützung fast ausschliesslich die Strategien „Unterstützung suchen“ und „Problemfokussierung“ anwendeten. Dies könnte damit erklärt werden, dass die Gruppe, die sich gut unterstützt fühlte, sich auch auf diese zwei Strategien verlassen konnte. Hierzu wird aber noch weiterer Forschungsbedarf identifiziert.</p> <p>Als Limitation der Studie wird gesehen, dass die Erhebungen zu einem einzigen Zeitpunkt erfolgten und die retrospektiven Betrachtungen im Mittel etwa ein Jahr zurücklagen.</p> <p>Die Autoren schlagen vor, dass basierend auf den Resultaten dieser Studie das Gesundheitsfachpersonal dem sozialen Netz verstärkt Beachtung schenkt, indem etwa die Familie während dem Behandlungsprozess einbezogen wird oder dem Patienten Selbsthilfegruppen empfohlen werden, die einen Austausch von Mann zu Mann ermöglichen.</p>

Kritische Beurteilung nach: LoBiondo-Wood und Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten

1. Darstellung des Problems und des Ziels: In dem angegebenen Ziel wird eine Beziehung zwischen den Variablen Bewältigung, soziale Unterstützung und Anpassung zum Ausdruck gebracht. Die Population der Patienten mit Prostatakarzinom nach Radiotherapie ist klar definiert. Die Begründung für die Signifikanz des Problems wird im Einleitungskapitel in aller Ausführlichkeit beschrieben und begründet. (1)
2. Literaturrecherche und theoretischer Rahmen: Bei der Literaturrecherche wird ausführlich die Thematik der Bewältigung und die Forschungslücke hinterfragt. (1)
3. Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n): Die Hypothesen sind klar formuliert. (1)
4. Stichprobe: Die Stichprobe wurde im Rahmen einer übergeordneten Studie ausgewählt, diese ist geeignet zur Beantwortung der Fragestellung und ausreichend gross. (1)
5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle Querschnittstudie, die eingeschränkte Eignung wird von den Forschern selbst thematisiert. (0.5)
6. Interne Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch Verwendung validierter Instrumente Rechnung getragen. (1)
7. Externe Validität: Die Grenzen bezüglich Verallgemeinerung werden diskutiert. (1)
8. Methoden: Bei allen Teilnehmern identische Erhebung aller Untersuchungsdaten anhand von schriftlichen Fragebögen mit denselben Instrumenten. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Es wird nichts über etwaige Genehmigung der Studie oder einholen einer informierten Zustimmung geschrieben. (0)
10. Instrumente: Die Instrumente zur Messung der Untersuchungsparameter werden im Detail erklärt und deren Einsatz begründet. (1)
11. Reliabilität und Validität: Die Reliabilität und Validität der verwendeten Instrumente wird diskutiert und als gegeben betrachtet. (1)
12. Datenanalyse: Die Ergebnisse werden anhand deskriptiver und schliessender Statistik ermittelt, die für das Erreichen des Untersuchungsziels dienlich sind. Die Beschreibungen werden durch passende Tabellen ergänzt. (1)
13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet und die Stärken und Schwächen der Studie thematisiert. Es werden Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten abgegeben und konkrete Handlungsvorschläge für die Praxis gemacht. (1)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis erscheinen sehr sinnvoll. (1)

Die Studie erhält 12.5 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Resendes, L., & McCorkle, R. (2006). Spousal responses to prostate cancer: an integrative review. *Cancer investigation*, 24(2), 192–198.

Ziel: Die psychosozialen Reaktionen von Lebensgefährtinnen von Männern untersuchen, die sich einer Prostatektomie unterzogen haben.

Design: Systematisches Literaturreview

Methode: Literatursuche auf den Datenbanken Cinahl, Medline und Cochrane mit definierten Suchbegriffen und Einschlusskriterien passend zum Untersuchungsziel.

Ergebnisse:

Diagnose und Behandlungsentscheidung: Während dieser Phase zeigten sich vielfältige negative emotionale Reaktionen wie Schock, Angst Unsicherheit, Schuldgefühle und Verleugnung. Bei den Partnerinnen wurden auch physische Reaktionen wie Fatigue, Konzentrationsstörungen und Schlafdefizite festgestellt. Die Paare kämpften in dieser Zeit häufig um eine gemeinsame Behandlungsentscheidung. Die Partnerinnen nutzten in dieser Zeit noch stärker als ihre Partner die Suche nach Informationen über die Erkrankung als Bewältigungsstrategie. Ausserdem suchten die Partnerinnen den Rat bei anderen Frauen, die in derselben Situation waren.

Die postoperative Periode: In dieser Zeit waren die Partnerinnen oft die primären Pflegepersonen, da ein Grossteil der Pflege im häuslichen Setting stattfand. Konkrete Tätigkeiten waren Katheterpflege, Hausarbeit, Transport ebenso wie das zukommen lassen von emotionaler Unterstützung, Beruhigung und Bestätigung. Dabei wussten die Partnerinnen oft nicht, was sie erwartete, sie vermuten jedoch die Rolle einer Pflegenden und fühlen sich dementsprechend gestresst. Ausserdem war eine Tendenz festzustellen, dass sie für den Partner stark sein wollten.

Mit Harninkontinenz und sexueller Dysfunktion zurechtkommen: Viele Patienten wurden mit Blasenkatether aus dem Spital entlassen, der in der Folge vom Patient und der Partnerin versorgt wurde. Bezüglich der Wahrnehmung der Harninkontinenz durch die Partnerin ist die Datenlage unsicher. Die Partnerinnen versuchten die Männer zu ermutigen, Beckenbodentraining durchzuführen. Ihre eigenen sozialen Aktivitäten litten unter der Harninkontinenz. Höheres Alter der Partnerinnen war ein Risikofaktor für Stress, da sie selbst vermehrt unter chronischen Krankheiten litten. Bezüglich erektiler Dysfunktion äusserten Partnerinnen Bedauern und Verlust, waren aber tendenziell weniger beunruhigt wegen der erektilen Dysfunktion als ihre Partner. Die Einstellung und Unterstützung der Partnerinnen hatte einen signifikanten Einfluss auf die Akzeptanz des veränderten Sexuallebens durch die Patienten. Die Partnerinnen hatten die Tendenz, ihre eigene Sexualität zumindest vordergründig hinten anzustellen, Untersuchungen zeigten aber, dass bis zu 38% der Partnerinnen mit ihrem Sexualleben unzufrieden sind, was sich in Frustration und Enttäuschung äussern konnte. Dabei waren die Frauen weniger auf mechanische Hilfsmittel zur Lösung der Probleme fokussiert als vielmehr auf Beratungs- und Schulungsangebote. Eine Studie zeigte, dass bei den Patienten die erektile Dysfunktion und die Harninkontinenz nicht mit emotionalem Stress oder Lebensqualität korrelierten, bei den Partnerinnen die Sexualität jedoch ein signifikanter Faktor zur Vorhersage der Lebensqualität war. Sie gaben jedoch an, dass die Sorge den Mann wegen des Krebses zu verlieren grösser sei als die Sorge wegen sexueller Probleme.

Die Partnerbeziehung: Bezüglich der Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerbeziehung wurden breit gefächerte Effekte berichtet. Diese reichten von negativer Beeinflussung über keine Beeinflussung, Verbesserung durch ein stärkeres Zusammenrücken bis hin zu einer Steigerung des gegenseitigen Respekts.

Informationsbedürfnisse: Die Partnerinnen fühlten sich gemäss mehreren Studien schlecht vorbereitet auf ihre Rolle als Pflegerinnen. Ihnen war nicht wohl dabei, Gesundheitspersonal bezüglich sensibler Themen wie erektiler Dysfunktion und Harninkontinenz aktiv um Rat zu fragen. Eine Studie zeigte, dass zwar der Informationsbedarf der Patienten, nicht aber jener der Partnerinnen gedeckt war. Eine Studie identifizierte drei Bedürfnisse bei Partnerinnen, die zu ihrer Vorbereitung auf ihre künftige Rolle angegangen werden sollten: die physische Pflege ihres Mannes, das Vorbereiten auf emotionale Reaktionen und das Entwickeln von Problemlösungsfähigkeiten. Eine weitere Studie kam zu dem Schluss, dass eine vertiefte

Information der pflegenden Partnerinnen ihnen dabei helfen würde, ihren Stress zu reduzieren und mit der Erkrankung ihres Partners zurechtzukommen.

Interventionen zur Stressreduktion der Partnerinnen: Die beschriebenen Interventionen lassen sich als Informations- und Unterstützungsangebote einordnen. Das Übermitteln von Informationen wurde durchgängig als sehr wertvoll für pflegende Partnerinnen beschrieben, aber ebenso durchgängig als schwierig zu erhalten, insbesondere von Ärzten und Pflegefachpersonen. Dabei wäre es für die Partnerinnen nicht nur wertvoll, über physische Aspekte der Erkrankung Informationen zu erhalten, sondern auch über emotionale Aspekte der Erkrankung und Rehabilitation. In einer auf die Partnerinnen fokussierten psychoedukativen Intervention zeigte sich ein Nutzen aufgrund verbesserter Bewältigungsfähigkeiten der Partnerinnen. Eine weitere empfohlene Intervention besteht im Vermitteln von Problemlösungsfähigkeiten.

Diskussion: Während es für Patienten nach Prostatektomie eine Vielzahl an Unterstützungsangeboten gibt, ist das entsprechende Angebot für Partnerinnen eher bescheiden. Pflegefachpersonen haben die Tendenz bei Unterstützungsangeboten vor allem die Fertigkeiten der Empfänger verbessern zu wollen, nicht-pflegende Bereiche tendieren hingegen zu psychologischen Interventionen. Es wird angeregt, dass stärkere interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Ausgestaltung der Angebote zu einer deutlichen Verbesserung der Interventionen führen könnte. Forschungsbedarf wird identifiziert zur Ausgestaltung von Unterstützungsangeboten für Partnerinnen, zur Identifizierung von Partnerinnen, die von Unterstützung besonders profitieren könnten und zur Durchführung von Longitudinalstudien um den Adaptionsprozess von Partnerinnen an ihre neue Rolle zu untersuchen.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse:

Glaubwürdigkeit: 3.5/7

1. Es wurde eine konkrete Fragestellung formuliert. (1)
2. Die genau definierten und angegebenen Ein- und Ausschlusskriterien sind den Fragestellungen angepasst. (1)
3. Die Suche fand auf Cinahl, Medline und Cochrane statt. Der Zeitraum wurde allerdings nicht angegeben. (0.5)
4. Es sind keine Aussagen oder Hinweise auf Überprüfung der Glaubwürdigkeit der einbezogenen Studien zu finden. (0)
5. Es werden keine Angaben über die Beurteilung der Studien gemacht, zumindest sind jedoch die Quellenangaben zu den Originalstudien vorhanden. (0.5)
6. Die Studien wurden nicht von mehreren Forschern beurteilt. (0)
7. Die einbezogenen Studien sind klinisch homogen, aber statistisch heterogen. (0.5)

Aussagekraft: 1.5/2

8. Die Ergebnisse sind sehr gut belegt, kategorisiert und übersichtlich dargestellt. Ergänzt werden die Darstellungen durch tabellarische Übersichten. (1)
9. Die Ergebnisse sind gut dargestellt, in vielen Fällen wären jedoch zusätzliche Angaben über die zugrundeliegenden Studien wünschenswert. Hier macht sich die mit 46 Studien sehr hohe Anzahl einbezogener Arbeiten negativ bemerkbar. (0.5)

Anwendbarkeit: 3/3

10. Die Ergebnisse sind sehr gut übertragbar, es werden vielfältige Aspekte von Partnerinnen von Patienten nach Prostatektomie sehr gut abgedeckt. (1)
11. Die für die vorliegende Arbeit wichtigen Ergebnisse wurden aus den Studien extrahiert. (1)
12. Der Nutzen der Interventionen und die Notwendigkeit für weitere Forschung auf diesem Gebiet werden aufgezeigt. (1)

Die Studie erhält 8 von 12 erreichbaren Punkten und wird aufgrund der hohen Aussagekraft und Anwendbarkeit trotz erheblicher Mängel bei der Glaubwürdigkeit noch einbezogen.

Robinson, L., Hughes, L., Adler, D., Strumpf, N., Grobe, S., & McCorkle, R. (1999). Describing the work of nursing: the case of postsurgical nursing interventions for men with prostate cancer. *Research in nursing & health*, 22(4), 321–328.

Ziel: Bestimmung der Arten von Interventionen, die Pflegefachpersonen bei Patienten nach Prostatektomie durchführen. Bestimmung der am häufigsten durchgeführten Arten. Überprüfung ob sich die Art der Interventionen im Zeitverlauf änderte.

Design: Nicht-experimentelle deskriptive Erhebungsstudie

Setting: Ein akademisch-medizinisches Zentrum in den USA mit Spezialisierung auf Krebsbehandlung.

Stichprobe: 32 Patienten nach Prostatektomie ab 60 Jahren.

Methode: Analyse von Daten einer früheren Studie. Von der früheren Studie, die Patienten verschiedenster Krebsarten betraf, wird nur der Teil der Patienten nach Prostatektomie untersucht. Bei diesen 32 Patienten hatten die Pflegefachpersonen innerhalb der ersten vier Wochen nach Spitalentlassung jeweils acht Patientenkontakte, fünf per Telefon und drei Hausbesuche. Die Klassifizierung der insgesamt 1399 durchgeführten Einzelinterventionen erfolgte anhand der Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy (NILT). Auf deren konzeptuelle Validität wird hingewiesen. Das NILT hat sieben Kategorien pflegerischer Interventionen. Die Begründung für dieses Klassifikationsschema wird mit dem Aufbau der Untersuchung begründet, denn die Pflegekräfte konnten mit eigenen Worten ihre Handlungen beschreiben und waren nicht a priori an ein Schema gebunden. Das NILT baut auf Wordbedeutungen auf und ist somit auch in der Lage, aus erzählenden Berichten eine Klassifizierung zu entwickeln. Anhand schliessender Statistik wurden die ermittelten Kategorien auf Differenzen im Zeitverlauf überprüft.

Ergebnisse: In allen sieben Kategorien des NILT wurden Interventionen durchgeführt. Diese Kategorien sind (prozentuale Anteile der durchgeführten Tätigkeiten in Klammern): Pflegeassessment (9%), Überwachung (10%), Pflegekontextmanagement (9%), physische Pflegeinterventionen (4%), psychische Pflegeinterventionen (20%), Förderung der Selbstpflege (3%) und Patienteninformation und -edukation (45%). Aufgrund des hohen Anteils an Patienteninformation und -edukation wurde eine Inhaltsanalyse dieser Kategorie durchgeführt. Mehr als die Hälfte dieser Massnahmen entfielen auf Information und Edukation zu Symptommanagement, Blasentraining, Krankheitsverlauf und Komplikationen. Zwischen dem ersten und letzten Hausbesuch wurde eine signifikante Abnahme der Interventionen in den drei Kategorien Pflegeassessment, Überwachung und Patienteninformation und -edukation festgestellt.

Diskussion: Die in der Literatur beschriebenen vielschichtigen und komplexen Pflegeanforderungen werden bestätigt. Die in Art und Anzahl weit gefächerten Pflegeinterventionen machen es nötig, dass diese von flexiblem und hochqualifiziertem Pflegepersonal durchgeführt werden. Der Befund, dass nur 4% der Interventionen physische Natur sind kann vermutlich damit erklärt werden, dass die meisten Patienten eine Partnerin hatten, die viele physische Pflegeverrichtungen übernahm. Die Bedeutung, die psychischen Interventionen bei chronischen Patienten beigemessen wird, wird mit dem Anteil von 20% an allen Interventionen dieser Kategorie in der vorliegenden Untersuchung bestätigt. In einer Studie zeigte sich, dass die Pflegequalität durch die Erstattungsfähigkeit von Pflegeleistungen beeinflusst wird. Bei den psychischen Interventionen, wie etwa dem Ermutigen der Patienten über ihre Sorgen zu sprechen stellt sich die Frage der Erstattungsfähigkeit. Dass nur wenige Interventionen im Bereich Förderung der Selbstpflege und des Pflegekontextmanagements zu finden sind könnte darauf hinweisen, dass die Patienten noch in einer Krisenphase sind. Erektile Dysfunktion war kaum ein Thema, der genaue Grund dafür ist unklar, könnte aber damit zusammenhängen, dass in den ersten vier Wochen die Probleme der Harninkontinenz so stark überwiegen, dass die erektile Dysfunktion noch wenig Bedeutung hat. Somit könnte das Timing von Sexualberatung von Bedeutung sein. Eine Limitation der Studie besteht in der vermutlichen Unterschätzung von geleisteten Interventionen aufgrund nicht klassifizierbarer Aussagen. An Forschungsbedarf wird die Überprüfung von Pflegeinterventionen auf deren Wirksamkeit identifiziert.

Kritische Beurteilung nach: LoBiondo-Wood und Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten

1. Darstellung des Problems und des Ziels: In der Einleitung wird die Problematik dargestellt, dass wenig über die tatsächlich durchgeführten Interventionen von Pflegekräften bei Patienten nach Prostatektomie nach Entlassung aus dem Spital bekannt ist. (1)
2. Literaturrecherche und theoretischer Rahmen: Der theoretische Rahmen für die Arbeit bildet Rolland's Modell für das Management chronischer Krankheiten und wird im Zusammenhang mit den Zielen der Arbeit präzise dargestellt. (1)
3. Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n): Es wurden drei angemessene Forschungsfragen formuliert. (1)
4. Stichprobe: Wurde im Rahmen einer übergeordneten Studie ausgewählt. Geeignet zur Beantwortung der Fragestellung. Allerdings mit 32 Teilnehmern relativ klein. (0.5)
5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle deskriptive Studie, logische Folge der Fragestellung. (1)
6. Interne Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch Verwendung des validierten Instruments der Nursing Intervention Lexicon and Taxonomy begegnet. (1)
7. Externe Validität: Patienten mit Prostatektomie sind nach Operationsmethode vermutlich nicht mehr repräsentativ, da sich die Standardoperationstechnik in der Zwischenzeit verändert hat. (0.5)
8. Methoden: Identische Erhebung aller durchgeführten Pflegeinterventionen anhand erzählender Berichte der Pflegefachpersonen. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Die informierte Zustimmung wurde von den beteiligten Patienten eingeholt. Allerdings ist kein Hinweis über Genehmigung der Untersuchung durch die beteiligten Organisationen vorhanden. (0.5)
10. Instrumente: Das Instrument zur Kategorisierung der Pflegeinterventionen wird im Detail erklärt und begründet. (1)
11. Reliabilität und Validität: Auf die Konzeptvalidität des verwendeten Instruments wird verwiesen und die Werte für die Interrater-Reliabilität angegeben. (1)
12. Datenanalyse: Das Vorgehen bei der Zuordnung der Pflegeinterventionen zu den Klassen der Taxonomie wird genau beschrieben. (1)
13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet und die Schwächen der Studie thematisiert. Es werden Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten und für die Praxis abgegeben. (1)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis erscheinen sinnvoll und umsetzbar. (1)

Die Studie erhält 12.5 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

<p>Rondorf-Klym, L. M., & Colling, J. (2003). Quality of life after radical prostatectomy. <i>Oncology nursing forum</i>, 30(2), E24-32.</p>
<p>Ziel: Das Ziel bestand darin, ein Modell zu überprüfen, das Zusammenhänge von Harninkontinenz und erektiler Dysfunktion als Therapiefolgen von Prostatektomie sowie deren jeweilige Bewertung durch die Patienten mit fünf psychischen Variablen, dem Selbstwertgefühl, der Unterdrückung von Ärger, der wahrgenommenen Unterstützung, Depression und gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung und schliesslich deren Einfluss auf die Lebensqualität als Ergebnisvariable untersuchte.</p>
<p>Design: Nicht-experimentelle Querschnittstudie Setting: In den USA, keine genaueren Angaben Stichprobe: Patienten nach Prostatektomie</p>
<p>Methode: Die insgesamt zehn Dimensionen wurden anhand eines 90 Items umfassenden Fragebogens erfasst, der aus zehn einzelnen Dimensionen der entsprechenden Skalen zusammengestellt wurde. Beispielsweise wurden die Harninkontinenz und die erektile Dysfunktion und deren Bewertungen durch die Patienten anhand des Prostate Cancer Index der University von California gemessen. Es wurde letztendlich untersucht, ob die vermuteten Korrelationen zwischen den Dimensionen auch in der untersuchten Stichprobe vorhanden sind.</p>
<p>Ergebnisse: 6 der 10 Dimensionen hatten eine signifikante Korrelation mit der Lebensqualität. Dies sind mit mittlerer Signifikanz die Bewertung der Harnausscheidungsfunktion und die gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung und mit hoher Signifikanz das Selbstwertgefühl, die Unterdrückung von Ärger, die soziale Unterstützung und die Depression, teilweise natürlich negativ korreliert. Die Pfadanalyse zeigte auch einen nicht vermuteten Zusammenhang zwischen Harnausscheidungsfunktion und Bewertung der sexuellen Funktion. Folgende vermuteten Zusammenhänge konnten bestätigt werden: Sexuelle Funktion korreliert mit sexueller Bewertung, Harnausscheidungsfunktion korreliert mit der Bewertung derselben und diese wiederum mit der gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung sowie in geringerem Masse mit dem Selbstwertgefühl und der Unterdrückung von Ärger. Die wahrgenommene soziale Unterstützung erklärt die meiste Varianz des Modells und korreliert am stärksten mit der Lebensqualität.</p>
<p>Diskussion: Eine Begründung für den Zusammenhang zwischen Harninkontinenz und der Bewertung der sexuellen Funktion könnte in dem in anderen Studien beschriebenen Effekt liegen, dass Harninkontinenz zur Vermeidung von sexueller Aktivität führt. Auch die anderen gefundenen Zusammenhänge werden durch ähnlich gelagerte Studienresultate bestätigt, insbesondere auch die stärkste Verbindung zwischen wahrgenommener Unterstützung und Lebensqualität. Die Autoren empfehlen eine verstärkte Information der Patienten bezüglich der zu erwartenden Nebenwirkungen und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität während des Prozesses der Erlangung der informierten Zustimmung. Desweiteren sollten die Patienten darauf vorbereitet werden, die zu erwartenden negative Effekten zu bewältigen.</p>
<p>Kritische Beurteilung nach: LoBiondo-Wood und Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <u>Darstellung des Problems und des Ziels:</u> Die Problematik wird ausführlich und studiengestützt hergeleitet. Mögliche beeinflussende Faktoren, die als Variablen in die Untersuchung einfließen, wurden detailliert anhand theoretischer Überlegungen abgeleitet. (1) 2. <u>Literaturrecherche und theoretischer Rahmen:</u> Im Einleitungsteil werden verschiedene Konzepte zur Lebensqualität und deren Beeinflussung durch Prostatektomie thematisiert. Es wird das Problem der inkonsistenten Befunde zu Lebensqualität nach Prostatektomie beleuchtet. (1) 3. <u>Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n):</u> Die Hypothesen sind aus den oben angegebenen Zielen abgeleitet und angemessen formuliert. (1) 4. <u>Stichprobe:</u> Die für signifikante Aussagen benötigte Stichprobengrösse wurde im Vorfeld ermittelt. Aufgrund des erhaltenen Wertes von 80 wurde eine entsprechende Anzahl

Personen angeschrieben und zum Ende konnten 88 Datensätze verwendet werden. Aus der Stichprobe wurden bewusst afroamerikanische Männer herausgenommen, es wurde auf Männer kaukasischer Abstammung fokussiert. Ein Bias könnte sich auch ergeben, weil die Teilnehmer gebildeter als der Durchschnitt waren. Das Setting in dem die Stichprobe gezogen wurde, ist nicht angegeben. (0.25)

5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle Querschnittstudie als Korrelationsdesign. Die Wahl des Designs ergibt sich als logische Folge der zu testenden Hypothesen aufgrund der Fragestellung. (1)
6. Interne Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch Verwendung validierter Instrumente Rechnung getragen. Cronbachs Alpha wurde für alle Skalen ermittelt und betrug im Minimum 0,7. (1)
7. Externe Validität: Grenzen der Verallgemeinerung werden von den Autoren nicht diskutiert, ergeben sich aber durch die vorab beeinflusste und Tendenzen aufweisende Stichprobe. (0)
8. Methoden: Bei allen Teilnehmern identische Erhebung aller Daten anhand von Fragebögen mit denselben Instrumenten. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Die Zustimmung wurde einem Revisionsausschuss einer beteiligten Institution eingeholt. Desweiteren unterschrieben die Teilnehmer ein Formular zur informierten Zustimmung. (1)
10. Instrumente: Die Instrumente zur Messung der zu untersuchenden Dimensionen werden erklärt und deren Einsatz begründet. Sie werden dem zu untersuchenden Problem gerecht. (1)
11. Reliabilität und Validität: Aussagen zu ausreichenden Werten für Cronbachs Alpha zur Bewertung der Reliabilität der verwendeten Instrumente wurden gemacht, aber keine Aussagen zu deren und Validität. (0.5)
12. Datenanalyse: Anhand univariater und schliessender Methoden werden die gestellten Hypothesen und das Pfadmodell überprüft. Die Tabellen bilden eine sinnvolle Ergänzung zum Verständnis des Textes. (1)
13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet. Stärken und Schwächen der Studie werden allerdings nicht thematisiert und es werden auch keine Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten abgegeben. (0.5)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis erscheinen sinnvoll, jedoch ist ein Bruch von den Resultaten und der Diskussion hin zu den Praxisempfehlungen festzustellen, denn die Empfehlungen lassen sich nicht logisch aus diesen ableiten. (0.5)

Die Studie erhält 10.75 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Scholz, U., Knoll, N., Roigas, J., & Gralla, O. (2008). Effects of provision and receipt of social support on adjustment to laparoscopic radical prostatectomy. *Anxiety, stress, and coping*, 21(3), 227–241.

Ziel: Es wurde untersucht, ob das Ausmass der tatsächlich erhaltenen Unterstützung der Patienten und der tatsächlich erbrachten Unterstützung durch die Partnerinnen die Lebensqualität nach 6 Monaten positiv beeinflusst. Ausserdem wurde untersucht, ob Patienten mit niedrigen Werten für Lebensqualität 2 Wochen nach Prostatektomie besonders von erbrachter Unterstützung durch die Partnerinnen profitieren.

Design: Nicht-experimentelle Längsschnittstudie

Setting: Urologie eines Spitals, vermutlich in Deutschland

Stichprobe: 63 Patienten und ihre Partnerinnen nach Prostatektomie

Methode: Zwei Hypothesen wurden getestet: 1. Tatsächlich erbrachte und erhaltene Unterstützung durch Partnerinnen von Patienten nach Prostatektomie führt auch zu verbesserter gesundheitsbezogener Lebensqualität. 2. Jene Patienten profitieren besonders von solcher Unterstützung, die kurz nach dem operativen Eingriff über verminderte Lebensqualität verfügen.

Soziale Unterstützung wurde als tatsächlich erbrachte und tatsächlich erhaltene Unterstützung gemessen, im Gegensatz zu vielen Studien, die sich auf die wahrgenommene Unterstützung basieren. Das auf interne Konsistenz validierte Instrument für diese beiden Dimensionen war die Berlin Social Support Scales. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde durch den 12-item SF-12 Fragebogen gemessen, der die mentale und physische Lebensqualität erfasst.

Die Datenanalyse wurde anhand bivariater Korrelationsanalyse und multipler Regression vorgenommen. Das häufig bei longitudinalen Studien auftretende Problem der Studienabbrecher wurde ausführlich diskutiert und bei der Analyse berücksichtigt.

Ergebnisse: Anhand beschreibender Datenanalyse wurde eine Korrelation mittlerer Effektstärke zwischen erbrachter und erhaltener Unterstützung festgestellt. Die erbrachte Unterstützung war nicht korreliert mit den Werten für Lebensqualität. Die erhaltene Unterstützung war jedoch mit der physischen Lebensqualität nach 6 Monaten korreliert. Die mentale Lebensqualität nach 2 Wochen war ein signifikanter Vorhersagewert für mentale Lebensqualität nach 6 Monaten. Nur Patienten mit geringer mentaler Lebensqualität nach 2 Wochen profitierten von erhaltener Unterstützung durch die Partnerin in Form verbesserter mentaler Lebensqualität nach 6 Monaten. Bezüglich erbrachter Unterstützung ergab sich ein ähnliches Bild. Allerdings zeigte sich noch ein weiterer Effekt: Patienten mit schon anfänglich sehr hoher Lebensqualität hatten bei erhaltener Unterstützung sogar schlechter Werte für mentale Lebensqualität nach 6 Monaten.

Diskussion: Nur erhaltene soziale Unterstützung durch die Partnerinnen konnte die physische Lebensqualität nach 6 Monaten erhöhen. Sonst wurden nur wenige Effekte durch erhaltene Unterstützung festgestellt, im Gegensatz zu Studien, die vermehrte Effekte bei wahrgenommener Unterstützung identifizierten. Diese Diskrepanz könnte auf den Unterschied zwischen wahrgenommener und erhaltener Unterstützung zurückzuführen sein. Verschiedene Autoren sehen in der wahrgenommenen Unterstützung vielmehr ein Persönlichkeitsmerkmal als tatsächliche Unterstützung. Eine wichtige Feststellung ist jedoch, dass Patienten mit schlechterer physischer oder mentaler Lebensqualität direkt nach der Prostatektomie den stärksten Nutzen von sozialer Unterstützung durch ihre Partnerinnen haben. Die Erklärung für den negativen Effekt solcher Unterstützung bei Männern mit zu Beginn überdurchschnittlich positiven Werten für Lebensqualität könnte darin liegen, dass sich diese Männer durch ihre Partnerinnen überbeschützt fühlen. Andere Studien stützen diese Theorie. Als Limitation der Studie wird die relativ hohe Zahl an Studienabbrechern diskutiert.

Als praktische bedeutsam wird das Ergebnis gewertet, dass vor allem Patienten mit anfänglich niedriger Lebensqualität von Unterstützung durch ihre Partnerinnen profitieren. Somit könnte die Lebensqualität als ein Instrument verwendet werden, um Patienten zu identifizieren, die besonders die Unterstützung ihres sozialen Umfeldes benötigen. Diese Schlussfolgerung steht in Einklang mit anderen Studien bei Patienten mit anderen Krebsarten.

Kritische Beurteilung nach: LoBiondo-Wood und Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten:

1. Darstellung des Problems und des Ziels: In dem angegebenen Ziel wird eine Beziehung zwischen den unabhängigen Variablen erbrachte und erhaltene Unterstützung sowie der abhängigen Variablen der Lebensqualität zum Ausdruck gebracht, die gut operationalisierbar sind. Die Population der Patienten mit Prostatakarzinom nach Prostatektomie ist klar definiert. Die Begründung für die Signifikanz des Problems wird im Einleitungskapitel logisch hergeleitet. (1)
2. Literaturrecherche und theoretischer Rahmen: Im Einleitungsteil werden die theoretischen Konzepte der Lebensqualität und der sozialen Unterstützung in ihrer Relevanz für die vorliegende Untersuchung thematisiert. (1)
3. Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n): Die Forschungsfragen sind klar formuliert. (1)
4. Stichprobe: Wurde im Rahmen eines übergeordneten Projekts zu Stress und Unterstützungsprozessen bei Patienten nach Prostatektomie und ihren Partnerinnen ausgewählt. Geeignet zur Beantwortung der Fragestellung. Ausreichend grosse Stichprobe, um statistisch signifikante Differenzen aufzeigen zu können. (1)
5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle Längsschnittstudie, um Zusammenhänge zwischen dem zeitlichen Verlauf der Lebensqualität und erbrachter Unterstützung aufzeigen zu können und somit logische Folge der Fragestellung. (1)
6. Interne Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch Verwendung validierter Instrumente Rechnung getragen. (1)
7. Externe Validität: Die Verallgemeinerbarkeit auf Patienten nach Prostatektomie könnte eventuell durch einen Selektionseffekt wegen der hohen Anzahl Studienabbrecher nicht gegeben sein. Die Autoren sind diese Problematik jedoch aktiv durch statistische Verfahren angegangen. (1)
8. Methoden: Bei allen Teilnehmern identische Erhebung der Daten anhand derselben Instrumente. Die Fragebögen stimmen mit der konzeptuellen Definition überein. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Es wird keine Aussage über ein Einholen etwaiger Zustimmung von den beteiligten Organisationen gemacht. Die Teilnehmer unterschrieben ein Formular zur informierten Zustimmung. (0.5)
10. Instrumente: Die Instrumente zur Messung der untersuchten Variablen werden im Detail erklärt und deren Einsatz begründet. (1)
11. Reliabilität und Validität: Es werden ausschliesslich reliable und valide Instrumente verwendet. Die Cronbach-Alpha-Reliabilitätskoeffizienten wurden teilweise angegeben. (1)
12. Datenanalyse: Die erwähnten und sich zur Beantwortung der Fragestellungen eignenden deskriptiven und schliessenden Methoden werden eingesetzt. Die Tabellen bilden eine sinnvolle Ergänzung zum Verständnis des Textes. (1)
13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet und die Stärken und Schwächen der Studie thematisiert. Es werden Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten abgegeben und die Relevanz für die Praxis mit konkreten Handlungsempfehlungen belegt. (1)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis sind sehr sinnvoll und erweitern insbesondere das Interventionsfeld auf mögliche gezielte Auswahl von Patienten, die von nachgelagerten Interventionen besonders profitieren könnten. (1)

Die Studie erhält 13.5 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Tärnhuvud, M., Wändel, C., & Willman, A. (2007). Nursing interventions to improve the health of men with prostate cancer undergoing radiotherapy: a review. *European journal of oncology nursing*, 11(4), 328–339.

Ziel: Die Fragestellung lautete „Was können Pflegefachpersonen machen, um die Gesundheit von Männern mit Prostatakarzinom nach Radiotherapie zu verbessern“.

Design: Systematisches Literaturreview

Methode: Systematische Suche auf den Datenbanken The Cochrane Library, Medline und CINAHL für den Zeitraum von 1994 bis 2006.

Ergebnisse: Die Ergebnisse werden in zwei Teilbereichen dargestellt, Pflegeinterventionen hinsichtlich der Radiotherapie und Erfahrungen der Patienten mit der Radiotherapie. Die Aussagen zur Qualität beziehen sich auf die von den Autoren vorgenommene Einstufung gemäss dem Critical Appraisal Skills Programme.

Pflegeinterventionen: In der randomisiert-kontrollierten Studie von Johnson (1996) mittlerer Qualität wurden zwei Informationsinterventionen während der Radiotherapie überprüft. Die Informationen wurden in Form von Audiotapes zu Therapiebeginn, in der Mitte und zu Therapieende abgegeben. Es zeigte sich, dass konkrete objektive Information sowohl pessimistischen als auch optimistischen Patienten dabei half, mit Therapiefolgen zurechtzukommen und die Auswirkungen auf den Alltag zu minimieren. Ein Effekt von Informationen bezüglich Selbstpflege und Bewältigungsanweisungen auf Auswirkungen im Alltag konnte jedoch nicht gezeigt werden.

In einer weiteren randomisiert-kontrollierten Studie von Johnson (1988) mittlerer Qualität erhielt die Interventionsgruppe ebenfalls Informationen per Audiotapes, dies viermal während der Behandlung. Die Inhalte waren die Planung der Behandlung, was es bedeutet die Behandlung zu bekommen, die Therapiefolgen sowie Methoden um deren Auswirkungen zu begrenzen. Die Interventionsgruppe zeigte weniger Störungen des Alltags, gemessen anhand dem Sickness Impact Profile, was als wichtiger Aspekt für die Lebensqualität gesehen wird. Desweiteren wurden anhand der Profile of Mood States die Stimmungsveränderungen gemessen. Hier profitierten ältere Patienten stärker als jüngere.

In einer weiteren randomisiert-kontrollierten Studie mittlerer Qualität von Kim et al. (2002) wurde der Effekt von konkreter Informationsvermittlung anhand von Audiotapes untersucht. Die Informationen wurden zweimal während der Radiotherapie abgegeben und beinhaltete Beschreibungen dessen, was die Patienten an Therapiefolgen erwartete. Die Interventionsgruppe berichtete signifikant weniger Probleme mit Schlaf und Fatigue.

In einer kontrollierten klinischen Studie hoher Qualität von Johnson et al. (1997) wurde der Effekt mündlicher Informationsvermittlung viermal während der Behandlung und einmalig ein Monat nach Therapieende untersucht. Es zeigte sich eine hochsignifikante Verminderung der Störung des Alltagsmanagements.

Eine kontrollierte klinische Studie hoher Qualität von Mishel et al. (2002) überprüfte eine psychoedukative Intervention, bei der einmal pro Woche während acht Wochen der Patient bzw. der Patient und seine Partnerin anhand semi-strukturierter Interviews Informationen erhielten, die darauf abzielten, ihre Unsicherheit zu reduzieren und das Management der Therapiefolgen zu verbessern. Sowohl in der Gruppe, in der nur der Patient die Informationen erhielt, als auch in der Gruppe in der Patient und Partnerin angesprochen wurden, verbesserte sich signifikant das kognitive Umdenken und die Fähigkeit zum Problemlösen.

Eine randomisiert-kontrollierte Studie mittlerer Qualität, durchgeführt von Faithful et al. (2001) zur Überprüfung der Effekte einer Begleitung durch eine Pflegefachperson, die zu Therapiebeginn Informationen zur Behandlung, den Therapiefolgen und über den Umgang damit abgab und danach mit dem Patienten in Kontakt blieb, zeigte ab der zweiten Behandlungswoche keine Unterschiede in Bezug auf Lebensqualität und Symptome. Zu Ende der zwölfwöchigen Behandlungszeit wurde nur eine höhere Zufriedenheit mit der geleisteten Pflege festgestellt.

In einer Pilotstudie an 36 Patienten von Booker et al. (2004) zeigten 35 Patienten eine hohe

Zufriedenheit mit einer telefonischen Nachsorge sechs Wochen nach Behandlungsende durch eine Pflegefachperson. Über die Art der Behandlung wurde nichts ausgesagt. Die Hauptvorteile wurden in Zeitersparnis gesehen und darin, dass unnötige Fahrten zum Spital vermieden wurden.

Im nicht-systematischen Review von Held et al. (1994) zeigte sich die Wichtigkeit, Patienten mit genauen Informationen zu versorgen und sie in die Lage zu versetzen, Therapiefolgen handhaben zu können. Ein weiteres nicht-systematisches Review von Maher (2001) beschrieb die Wichtigkeit der Vermittlung von Information und der Edukation von Patienten und deren Familien hinsichtlich Selbstpflege.

Die wissenschaftliche Literatur unterstützt daher mit hoher Evidenz die pflegegeleitete Nachsorge die darauf abzielt, die Patienten durch Informationsvermittlung bei der Bewältigung der Nebenwirkungen zu unterstützen. Mittlere Evidenz zeigt sich dafür, dass die Informationsabgabe strukturiert, objektiv und konkret sein sollte und schwache Evidenz ist gegeben, dass die Informationen per Audiotapes oder per Telefon vermittelt werden können.

Patientenerfahrungen: In der Querschnittstudie von Faithfull (1995) beschrieben die Teilnehmer, dass sie positives Denken, Ablenkung und Blasentraining als Bewältigungsmethoden einsetzen. Seitens der Gesundheitsfachleute verspürten sie einen Mangel an Interesse.

In der Untersuchung von Grégoire (1997) kamen die Patienten zehnmal wöchentlich für 90 Minuten mit anderen Betroffenen zusammen. Die Sitzungen wurden von einer Pflegefachperson und einem Psychologen geleitet. Die Teilnehmer hatten ein verbessertes Verständnis ihrer Erkrankung erlangt und fühlten sich verstärkt in die Behandlung einbezogen.

Diskussion: Eine strukturierte Informationsvermittlung hat den Vorteil, dass die Intervention in organisierter Weise abläuft und somit die Varianz vermindert ist. Drei der Studien bedienten sich der self-regulation theory von Johnson and Lauver (1989), mit der die konkrete und objektive Informationsvermittlung zu verbesserter Bewältigung führen soll. Die mehrfach vorkommende Intervention der Audiotapes hat den Vorteil, dass sie kostengünstig ist und vom Patienten auch mehrfach und nach dem eigenen Rhythmus abgehört werden kann, aber auch den Nachteil, dass sie nicht personalisierbar ist. Dieser Nachteil könnte dadurch aufgewogen werden, dass Nachtreffen mit einer Pflegefachperson stattfinden, bei dem offene Fragen beantwortet und Missverständnisse ausgeräumt werden könnten. In der Literatur werden Vorteile von Telefoninterventionen bezüglich der Wirtschaftlichkeit und der Vermeidung von unnötigen Wegen für die Patienten beschrieben, die mit der vorliegenden Untersuchung übereinstimmen. Nachteile werden in der verminderten persönlichen Interaktion gesehen. Andere Studien betonen bei anderen Patientengruppen die Bedeutung von Telefoninterventionen und von Unterstützungsgruppen während und nach der Behandlung.

Kritische Beurteilung nach Behrens und Langer (2004) Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit oder Meta-Analyse:

Glaubwürdigkeit: 5/7

1. Die Fragestellung ist sehr weit gefasst, insbesondere der Ausdruck „what nurses can do“ lässt Raum für sehr viel Interpretationsspielraum. (0.5)
2. Es werden Ein- und Ausschlusskriterien angegeben, die in etwa der Fragestellung entsprechen. Es gibt aber keine Begründung für die Beschränkung auf Radiotherapie. Ausserdem werden auch Studien einbezogen, in denen die Population nur zum Teil aus Patienten mit Prostatakarzinom besteht. (0)
3. Die Suche fand auf den wichtigsten Datenbanken über einen Zeitraum von 12 Jahren statt. Da jedoch die Fragestellung nicht sehr exakt definiert ist, ist die Frage nach übersehenen Studien schwierig zu beantworten. (0.5)
4. Die Studien wurden anhand des Critical Appraisal Skills Programme durchgeführt. (1)
5. Nachvollziehbare und in Tabellenform angegebene Beurteilung der einzelnen Studien. (1)
6. Es wird erwähnt, dass zwei Begutachter die Studien überprüften. Dies führte durch einen beschriebenen Prozess zum endgültigen Einschluss von 14 Studien. (1)
7. Innerhalb der zwei identifizierten Gruppen sind die Studien recht homogen. (1)

Aussagekraft: 0.5/2

8. Die Ergebnisse sind teilweise unvollständig dargestellt, es fehlen teils wichtige Aussagen, die erst durch Nachforschen in den Originalstudien eruiert werden können. Die tabellarischen Übersichten sind nützlich. (0.5)
9. Die Ergebnisse sind überwiegend sehr oberflächlich und unpräzise formuliert, wie dies schon bei der Fragestellung der Fall war. (0)

Anwendbarkeit: 2.5/3

10. Die Ergebnisse sind prinzipiell gut übertragbar, es wird der Aspekt der psychoedukativen Interventionen bei Patienten nach Radiotherapie sehr gut abgedeckt. Alle Interventionen werden zumindest teilweise durch Pflegefachpersonen durchgeführt. (1)
11. Für die vorliegende Arbeit wurden teilweise wichtigen Ergebnisse aus den Studien extrahiert. (0.5)
12. Der Nutzen der Interventionen und die Notwendigkeit für weitere Forschung auf diesem Gebiet werden aufgezeigt. (1)

Die Studie erhält 8 von 12 erreichbaren Punkten und wird einbezogen, vor allem wegen guter Anwendbarkeit, trotz deutlicher Schwächen in Glaubwürdigkeit und Aussagekraft.

Wootten, A. C., Burney, S., Foroudi, F., Frydenberg, M., Coleman, G., & Ng, K. T. (2007). Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psycho-oncology*, 16(11), 994–1002.

Ziel: Untersuchen des Zusammenhangs zwischen Therapiefolgen, Stimmungsveränderungen, Art der Bewältigung, Bewertung der Bedrohung und den Bewältigungsfähigkeiten sowie der Beziehungsqualität bei Patienten nach kurativer Behandlung wegen Prostatakarzinom.

Design: Nicht-experimentelle Querschnittstudie

Setting: Zwei Spitäler in Melbourne, Australien

Stichprobe: 167 Patienten, mindestens zwei Jahre nach kurativer Prostatektomie oder Radiotherapie wegen Prostatakarzinom, ohne Rezidiv

Methode: Pfadanalyse der im Ziel angegebenen Dimensionen. Erfassung der Dimensionen durch validierte Fragebögen: Prostate Cancer Index (PCI) für Therapiefolgen, Profile of Mood States (POMS) für Stimmungsveränderungen, Dyadic Adjustment Scale (DAS) für die Beziehungsqualität, Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) für Bewältigungsstrategien. Über die Instrumente für Bewertung der Bedrohung und der Bewältigungsfähigkeiten ist nichts Genaueres angegeben.

Ergebnisse: 17% der Patienten hatten eine schlechte Harnausscheidungsfunktion, 10% fühlten sich gestört durch die Harnausscheidungsfunktion. 80% hatten eine schlechte sexuelle Funktionsfähigkeit, 57% fühlten sich dadurch gestört. Die mittlere Stimmungsveränderung bei der untersuchten Stichprobe war signifikant höher als bei durchschnittlicher geriatrischer Population. Sich gestört fühlen durch die sexuelle Funktion korrelierte signifikant mit Stimmungsveränderungen, der Bewertung der Therapiefolgen, der Bewertung der Bewältigungsfähigkeiten und emotionsfokussierter Bewältigung. Durch Einbezug der Beziehungsqualität wird die Vorhersage der Stimmungsveränderungen im Modell noch verbessert. Das emotionsfokussierte Coping beeinflusst jedoch die Verbindung von Beziehungsqualität und Stimmungsveränderung, so dass nur dann keine Stimmungsveränderung auftritt, wenn gute Beziehungsqualität nicht mit emotionsfokussiertem Coping einhergeht. Es korrelieren ebenfalls das emotionsfokussierte Coping und die Bewertung der Therapiefolgen. Die Harnausscheidungsfunktion korreliert mit der Bewertung der Bewältigungsmöglichkeiten und problemfokussierter Bewältigung.

Diskussion: Die Patienten hatten generell recht gute Werte für die meisten Bereiche psychologischer Anpassung, die Werte für Stimmungsveränderungen waren niedriger als in vergleichbaren Studien. Nur bei der Sexualität zeigte sich eine stark signifikante Beeinträchtigung mit nachfolgenden Stimmungsveränderungen. Die Bedeutung der Beziehungsqualität zur Vermeidung von Stimmungsveränderungen steht in Einklang mit anderen Untersuchungen. Ebenso bestätigen andere Studien den Zusammenhang von Bewertung der Therapiefolgen und Bewältigungsart mit den Stimmungsveränderungen. Dabei war emotionsfokussiertes Coping der weitaus stärkste Einflussfaktor auf Stimmungsveränderungen. Die Beeinträchtigung korrelierte mit der Bewertung der Therapiefolgen, der Bewertung der Bewältigungsmöglichkeiten und der Bewältigungsart. Dies zeigt in Einklang mit früheren Studien, dass identisches Ausmass von erektiler Dysfunktion und Harninkontinenz zu unterschiedlichen Beeinträchtigungen bei Patienten führen kann. Dass Patienten bei erektiler Dysfunktion auf emotionsfokussierte Strategien zurückgreifen, könnte damit zusammenhängen, dass die Patienten unter Umständen schlecht über Möglichkeiten informiert sind, das Problem der erektilen Dysfunktion praktisch zu managen. Bei der Harninkontinenz ist ein höherer Grad an problemfokussiertem Coping und weniger Beeinträchtigung festzustellen. Bezüglich erektiler Dysfunktion haben Patienten eventuell Hemmungen, aktiv Informationen oder Unterstützung nachzufragen, was zu mangelhaftem Wissen über verfügbare Strategien führt. Forschungsbedarf besteht in der Abklärung der Frage, weshalb sich die Patienten so stark durch die sexuelle Funktion eingeschränkt fühlten. Das Ergebnis der Untersuchung, dass eine hohe Beziehungsqualität nur dann nicht zu Stimmungsveränderungen führt, wenn die Patienten kein emotionsfokussiertes begründet den Einsatz psychosozialer

Interventionen, um Patienten dabei zu unterstützen, angemessene Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Einige Limitationen der Studien wurden identifiziert, darunter das gewählte Querschnittsdesign, welches die Generalisierbarkeit einschränkt und die eingeschränkte Repräsentativität durch eine geringe Rücklaufquote und fehlende Daten in den beantworteten Fragebögen.

Kritische Beurteilung nach: LoBiondo-Wood und Haber (2005) Evaluierung quantitativer Forschungsarbeiten

1. Darstellung des Problems und des Ziels: Im Ziel wird eine Beziehung zwischen den angegebenen Variablen zum Ausdruck gebracht, die mit definierten Instrumenten gemessen werden. Die Signifikanz des Problems und die Forschungslücke werden im Einleitungskapitel ausführlich beschrieben. (1)
2. Literaturrecherche und theoretischer Rahmen: Im Einleitungsteil wird die theoretische Begründung für den Einbezug der Stressbewertung und der Bewältigungsarten sowie der Beziehungsqualität als Einflussfaktoren für die Lebensqualität geliefert. (1)
3. Hypothese(n) oder Forschungsfrage(n): Die Forschungsfragen sind formuliert und zusätzlich anhand eines Schaubilds veranschaulicht. (1)
4. Stichprobe: Mit 167 Teilnehmern ausreichend grosse Stichprobe. Genaue Beschreibung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie der tatsächlich einbezogenen Population. (1)
5. Forschungsdesign: Nicht-experimentelle Querschnittstudie mit Pfadanalyse zum Testen der zu untersuchenden Beziehungen und somit logische Folge der Fragestellung. (1)
6. Interne Validität: Der Gefahr durch mangelnde Zuverlässigkeit der Instrumente wird durch Verwendung validierter Instrumente Rechnung getragen. Über die Validität der Instrumente für Bewertung der Bedrohung und der Bewältigungsfähigkeiten kann jedoch keine Aussage gemacht werden. (0.5)
7. Externe Validität: Aufgrund des gewählten Designs identifizieren und diskutieren die Forscher Einschränkungen der Generalisierbarkeit. (0.5)
8. Methoden: Bei allen Teilnehmern identische Erhebung von untersuchten Daten anhand von Fragebögen und Auswertung mit denselben Instrumenten. (1)
9. Rechtlich-ethische Probleme: Die Zustimmung wurde von den beteiligten Spitälern und dem universitären Ethikkomitee eingeholt. (1)
10. Instrumente: Die Instrumente zur Messung der untersuchten Parameter werden im Detail erklärt und deren Einsatz begründet. (1)
11. Reliabilität und Validität: Es werden mit einer Ausnahme validierte Instrumente verwendet. Jedoch werden keine Reliabilitätskoeffizienten angegeben. (0.5)
12. Datenanalyse: Die Korrelationen werden durch schliessende Methoden getestet, die sich zur Beantwortung der Fragestellungen eignen. Die Tabellen bilden eine sinnvolle Ergänzung zum Verständnis des Textes. (1)
13. Schlussfolgerungen: Die gewonnenen Resultate werden anhand aktueller Forschungsergebnisse kritisch beleuchtet und die Stärken und Schwächen der Studie thematisiert. Es werden Empfehlungen für weitere Forschungstätigkeiten abgegeben und die Relevanz für die Praxis mit konkreten Handlungsempfehlungen belegt. (1)
14. Anwendung und Verwertung in der Praxis: Die gemachten Vorschläge für die Praxis erscheinen sehr sinnvoll. (1)

Die Studie erhält 12.5 von 14 erreichbaren Punkten und wird somit einbezogen.

Anhang I Selbständigkeitserklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Fribourg, 5. Juli 2010

Markus Hänsler